

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA GANGGUAN INTEGRITAS
KULIT DENGAN INTERVENSI PERAWATAN LUKA
DENGAN NaCl 0,9% DAN KASA DENGAN
FRAMYCETIN SULFATE**



Tugas Akhir Ners

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
ALAUDDIN
M A K A S S A R

Oleh:

Anita

NIM: 70900119034

**FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UIN ALAUDDIN MAKASSAR
2021**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA GANGGUAN INTEGRITAS
KULIT DENGAN INTERVENSI PERAWATAN LUKA
DENGAN NaCl 0,9% DAN KASA DENGAN
FRAMYCETIN SULFATE**



Tugas Akhir Ners

Diajukan untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Memperoleh
Gelar Ners Jurusan Keperawatan pada Fakultas
Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
UIN Alauddin Makassar

Oleh:

Anita
NIM: 70900119034

**FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UIN ALAUDDIN MAKASSAR
2021**

PERNYATAAN KEASLIAN TUGAS AKHIR NERS

Mahasiswa yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Anita
NIM : 70900119034
Tempat/Tgl. Lahir : Temmireng/13 Januari 1996
Jurusan/Prodi/Konsentrasi : Profesi Ners
Fakultas : Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
Alamat : Samata
Judul : Asuhan keperawatan pada gangguan integritas kulit dengan intervensi perawatan luka dengan NaCl 0,9 % dan kasa dengan antibiotik framycetin sulfate

Menyatakan dengan sesungguhnya dan penuh kesadaran bahwa Tugas Akhir Ners ini benar adalah hasil karya sendiri. Jika di kemudian hari terbukti bahwa ia merupakan duplikat, tiruan, plagiat, atau dibuat oleh orang lain, sebagian atau seluruhnya, maka tugas akhir ners ini dan gelar yang diperoleh karenanya batal demi hukum.

Gowa, Juli 2021

Penyusun,



ANITA

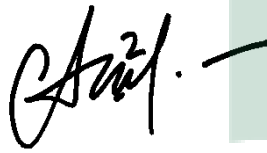
NIM: 70900119034

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Pembimbing penulisan tugas akhir ners Saudara(i) Anita NIM: 70900119034, mahasiswa program studi Profesi Ners Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar, setelah melakukan analisis kasus tugas akhir ners yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Gangguan Integritas Kulit dengan Intervensi Perawatan Luka dengan NaCl 0,9% dan Kasa dengan Antibiotik Framycetin Sulfate”, memandang bahwa Tugas akhir ners tersebut telah memenuhi syarat-syarat ilmiah dan dapat disetujui untuk diseminarkan.

Demikian persetujuan ini diberikan untuk diproses lebih lanjut.

Gowa, Juli 2021



Ns Ahmad J, S. Kep, M. Kep, Sp. Kep MB

Pembimbing I



Ns. Musdalifah, S. Kep, M. Kep

Pembimbing II

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
ALAUDDIN
MAKASSAR

KATA PENGANTAR

Puji Syukur kehadirat Allah swt. yang telah melimpahkan Rahmat dan Hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir ners ini. Shalawat beserta salam kita limpahkan untuk junjungan kita Nabi Muhammad saw.

Tugas akhir ners yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Gangguan Integritas Kulit dengan Intervensi Perawatan Luka dengan NaCl 0,9% dan Kasa dengan Antibiotik Framycetin Sulfate” ini dibuat untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam menempuh pendidikan ini di Program Studi Profesi Ners Jurusan Keperawatan, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar.

Dalam penyusunan karya akhir ners ini, penulis menyadari bahwa karya ini masih jauh dari sempurna dan pada saat penyusunannya penulis banyak menghadapi hambatan dan kesulitan, namun berkat bantuan berbagai pihak akhirnya karya akhir ners ini dapat diselesaikan. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan rasa terima kasih kepada yang terhormat:

1. Dr. dr. Syatirah, S. Ked., M. Kes., Sp. A selaku Dekan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar.
2. Dr. Patimah, S. Kep., Ns., M. Kep selaku Ketua Program Studi Profesi Ners, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar.
3. Ns. Ahmad J, S. Kep, M. Kep, Sp. Kep MB selaku Pembimbing I yang telah membimbing penulis dalam menyelesaikan tugas akhir ini.
4. Ns. Musdalifah, S. Kep, M. Kep selaku Pembimbing II yang telah membimbing dan mengarahkan penulis untuk penyusunan tugas akhir ini.
5. Dr. Risnah, S. Kep., Ns, M. Kes selaku Munaqishi I yang telah memberikan sara yang membangun kepada penulis dalam penyelesaian tugas akhir ini.
6. Dr. H. Muhammad Irham, S. Th. I., M. Th. I selaku Munaqisyi II yang telah mengarahkan dan memberikan saran kepada penulis untuk penyusunan tugas akhir ini.

7. Seluruh Dosen Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar.
8. Keluarga tercinta, saya terimakasih yang tak terhingga atas doa dan dukungannya selama ini.
9. Rekan-rekan Mahasiswa (i) Program Studi Profesi Ners, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar dan semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah begitu banyak membantu dalam penyusunan proposal tugas akhir ners ini.

Penulis mengharapkan tugas ini dapat bermanfaat untuk kemajuan ilmu pengetahuan khususnya untuk perkembangan ilmu keperawatan sehingga dapat dirasakan manfaatnya oleh kita semua sebagai praktisi kesehatan. Akhir kata penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun dalam penulisan tugas akhir ners ini demi terciptanya karya yang lebih baik di waktu yang akan datang.

Gowa,

Juli 2021



Penulis

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
ALAUDDIN
M A K A S S A R



UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
ALAUDDIN
M A K A S S A R

PENGESAHAN TUGAS AKHIR NERS

Tugas Akhir Ners yang berjudul "Asuhan Keperawatan pada Gangguan Integritas Kulit dengan Intervensi Perawatan Luka dengan NaCl 0,9% dan Kasa dengan Antibiotik Framycetin Sulfate", yang disusun oleh Anita, NIM: 70900119034, mahasiswa program studi profesi Ners Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar, telah diuji dan dipertahankan dalam sidang munaqasyah yang diselenggarakan pada hari Kamis, 22 Juli 2021, dinyatakan telah dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ners dalam program studi profesi Ners, Jurusan Keperawatan (dengan beberapa perbaikan).

Gowa, 11 November 2021 M

DEWAN PENGUJI:

Ketua	: Dr. dr. Syatirah, Sp. A., M. Kes	(.....)
Sekretaris	: Dr. Patima, S. Kep, Ns, M. Kep	(.....)
Munaqisyi I	: Dr. Risnah, S. Kep., Ns, M. Kes	(.....)
Munaqisyi II	: Dr. H. Muhammad Irham, S. Th. I., M. Th. I	(.....)
Pembimbing I	: Ns Ahmad J, S. Kep, M. Kep, Sp. Kep MB	(.....)
Pembimbing II	: Ns. Musdalifah, S. Kep, M. Kep	(.....)

Diketahui oleh:

Dekan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
UIN Alauddin Makassar,



Dr. dr. Syatirah, Sp. A., M. Kes
NIP. 198007012006042002

DAFTAR ISI

	Halaman
Sampul.....	i
Halaman sampul	ii
Halaman Pernyataan Keaslian	iii
Halaman Persetujuan	iv
Halaman Pengesahan.....	v
Kata Pengantar	vi
Daftar Isi.....	viii
Daftar Gambar	ix
Daftar Tabel	x
Halaman Abstrak (Indonesia).....	xi
 BAB I PENDAHULUAN.....	 1-7
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Umum dan Tujuan Khusus	6
D. Manfaat.....	6
 BAB II TINJAUAN TEORI.....	 8-53
A. Konsep Teori	8
B. Konsep Keperawatan.....	17
C. Pendekatan Teori Keperawatan yang Digunakan	47
D. <i>Evidence Based Nursing</i> (EBN).....	49
 BAB III LAPORAN KASUS.....	 54-114
A. Pengkajian	54
B. Diagnosis Keperawatan.....	77
C. Intervensi Keperawatan.....	80
D. Implementasi Keperawatan	88
E. Evaluasi	104
 BAB IV PEMBAHASAN.....	 115-128
A. Kajian Integrasi Keislaman	115
B. Analisis Kasus	118
C. Analisis Intervensi.....	119
D. Alternatif Pemecahan Masalah	121
 BAB V PENUTUP.....	 129-130
A. Kesimpulan.....	129
B. Saran-saran	129
 Daftar Pustaka.....	 131
Lampiran	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 4.1 Keadaan luka post op hari ke-3	122
Gambar 4.2 Perawatan luka post op hari ke-4	123
Gambar 4.3 Perawatan luka post op hari ke-5	124
Gambar 4.4 Perawatan luka post op hari ke-6	124
Gambar 4.5 Perawatan luka post op hari ke-7	125



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Perencanaan Keperawatan	33
Tabel 3.1 Pengkajian Keperawatan	54
Tabel 3.2 Hasil Laboratorium	65
Tabel 3.3 Kategori dan Sub Kategori	68
Tabel 3.4 Analisa Data	72
Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan	80
Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan	88
Tabel 3.7 Evaluasi Keperawatan	104

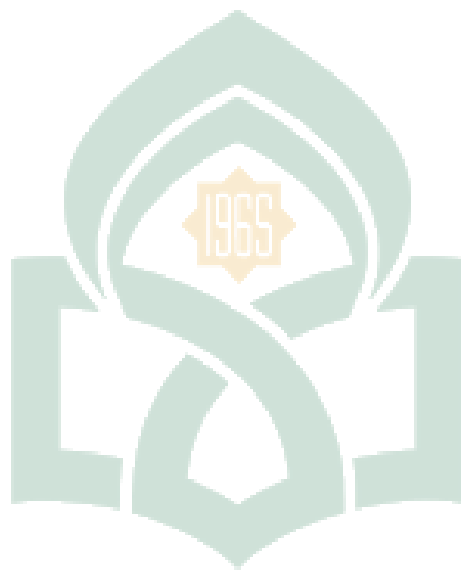


ABSTRAK

Nama : Anita
NIM : 70900119034
Judul : Asuhan Keperawatan pada Gangguan Integritas Kulit dengan Intervensi Perawatan Luka dengan NaCl 0,9% dan Kasa dengan Antibiotik Framycetin Sulfate

Latar Belakang: Fraktur adalah terputusnya kontinuitas jaringan tulang, baik bersifat total maupun sebagian biasanya disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik. Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan di ruangan Baji Kamase pada tanggal 16 Maret 2021, didapatkan pasien fraktur ada 2 orang yang dimana kedua pasien sudah melakukan operasi Open Reduction External Fixation (OREF). Salah satu intervensi yang dapat dilakukan adalah perawatan luka dengan NaCl 0,9% dan kasa dengan antibiotik *framycetin sulfate*. **Tujuan:** penulisan ini bertujuan untuk melaksanakan Asuhan Keperawatan pada pasien yang mengalami Post Op OREF Fraktur Tibia Fibula dengan Masalah Gangguan Integritas Kulit di ruangan Baji Kamase dengan menggunakan intervensi perawatan luka dengan NaCl 0,9% dan kasa dengan antibiotik *framycetin sulfate*. **Metode** yang digunakan adalah study kasus dengan teknik pengumpulan data melalui observasi, wawancara, pemeriksaan fisik dan dokumentasi. Penatalaksanaan perawatan luka dilakukan setiap hari selama 4 hari. **Hasil** analisis data menunjukkan beberapa diagnosis yaitu gangguan integritas kulit, nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, konstipasi, risiko infeksi, dan risiko jatuh. Pemberian perawatan luka dengan NaCl 0,9% dan kasa dengan antibiotik *framycetin sulfate* sebagai salah satu intervensi yang bisa digunakan dalam masalah gangguan integritas kulit. **Kesimpulan** berdasarkan evaluasi hasil implementasi yang dilakukan selama 4 hari melakukan perawatan luka dengan NaCl 0,9% dan kasa dengan antibiotik *framycetin sulfate* ditemukan masalah gangguan integritas kulit tidak teratasi.

Kata Kunci: Fraktur Tibia Fibula, Post Op OREF, Gangguan Integritas Kulit, Perawatan luka, NaCl 0,9%, kasa dengan antibiotik *framycetin sulfate*



UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
ALAUDDIN
M A K A S S A R

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Fraktur merupakan istilah hilangnya kontinuitas tulang baik yang bersifat total maupun sebagian (Noor, 2016). Fraktur disebabkan oleh pukulan langsung, gaya meremuk, gerakan memutar mendadak dan kontraksi otot yang ekstrim. Patah tulang mempengaruhi jaringan sekitarnya mengakibatkan edema jaringan lunak, perdarahan keotot dan sendi, dislokasi sendi, ruptur tendon, kerusakan saraf dan pembuluh darah (Permana, 2015 & Candra, 2014).

Fraktur di Indonesia menjadi penyebab kematian terbesar ketiga dibawah penyakit jantung koroner dan tuberkulosis. Menurut data yang dihimpun oleh Wrong Diagnosis (Ropyanto, et al, 2013), Indonesia merupakan negara terbesar di Asia Tenggara yang mengalami kejadian fraktur terbanyak sebesar 1,3 juta setiap tahunnya dari jumlah penduduknya yaitu berkisar 238 juta. Kasus fraktur di Indonesia mencapai prevalensi sebesar 5,5% (Kemenkes RI, 2018). Fraktur pada ekstremitas bawah akibat dari kecelakaan lalu lintas memiliki prevalensi paling tinggi diantara fraktur lainnya yaitu sekitar 46,2% dari 45.987 orang dengan kasus fraktur ekstremitas bawah akibat kecelakaan lalu lintas (Purnomo & Asyita, 2017).

Menurut Riset Kesehatan Nasional pada tahun 2018, memaparkan bahwa sebanyak 67,9% cedera dapat terjadi pada anggota gerak bagian bawah, disusul cedera pada anggota gerak atas sebanyak 32,7%, cedera pada kepala sebanyak 11,9%, cedera pada punggung sebanyak 6,5%, cedera pada dada sebanyak 2,6% serta cedera pada perut sebanyak 2,2%. Cedera inilah yang dapat menyebabkan berbagai masalah pada kesehatan, salah satunya pada

sistem muskuloskeletal. Sistem muskuloskeletal terdiri dari otot dan tulang. Dimana kedua komponen ini salah terikat satu sama lain. Salah satu penyakit pada sistem muskuloskeletal yang sering ditemukan pada pusat pelayanan kesehatan baik tingkat puskesmas maupun rumah sakit adalah fraktur, baik fraktur terbuka maupun fraktur tertutup. Seluruh kasus fraktur yang terjadi, fraktur pada anggota gerak, baik anggota gerak atas maupun anggota gerak bawah, merupakan kejadian yang paling banyak terjadi sebanyak 643 kasus (Riset Kesehatan Dasar, 2018).

Lokasi fraktur kebanyakan pada bagian ekstremitas. Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Banskota et al (2016) di salah satu Rumah Sakit di Kathmandu Nepal, dari 1337 sampel didapatkan bahwa tulang tibia dan fibula merupakan tulang tersering yang mengalami fraktur akibat kecelakaan bermotor dengan angka mencapai 297 orang (22%). Salah satu jenis fraktur yang paling sering terjadi pada ekstremitas bawah adalah fraktur cruris. Fraktur cruris merupakan suatu istilah untuk patah tulang tibia dan fibula yang biasanya terjadi pada bagian proksimal, diafisis, atau di pergelangan kaki. Fraktur pada lokasi ini sangat sering dijumpai pada kecelakaan lalu lintas. Walaupun peran fibula dalam pergerakan ekstremitas bawah sangat sedikit, tetapi terjadinya fraktur pada fibula tetap saja dapat menimbulkan adanya gangguan aktifitas fungsional tungkai dan kaki (Depkes RI, 2011).

Menurut *American Academy of Orthopaedic Surgeons* (2019), komplikasi yang bisa terjadi pada pasien fraktur terbagi menjadi 2 yaitu komplikasi pre operatif (sindrom kompartemen, kerusakan arteri, fat emboli sindrom, infeksi, avaskuler nekrosis, shock) dan komplikasi post operatif (infeksi, nonunion, arthritis pascatrauma, kelemahan otot, sakit kronis).

Ada beberapa penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada pasien fraktur. Menurut *American Academy of Orthopaedic Surgeons (2019)*, penatalaksanaan fraktur yang dapat dilakukan yaitu dengan cara non operatif (reposisi, imobilisasi, rehabilitasi, rehabilitasi, traksi, debridemen dan irigasi) dan dengan pembedahan (reduksi tertutup, reduksi terbuka dengan fiksasi internal (ORIF), reduksi terbuka dengan fiksasi eksternal (OREF). Menurut Muttaqin 2008 dalam Martono (2017), penatalaksanaan farktur terbagi menjadi dua yaitu penatalaksanaan konservatif dan penatalaksanaan pembedahan. Penatalaksanaan konservatif meliputi proteksi, imobilisasi dengan bidai eksterna, reduksi tertutup dengan menggunakan gips, reduksi tertutup dengan traksi kontinu dan kounter traksi. Sedangkan penatalaksanaan pembedahan meliputi reduksi tertutup dengan fiksasi internal perkutan atau K-Wire dan reduksi terbuka dan fiksasi internal atau fiksasi eksternal tulang (ORIF dan OREF).

Kejadian fraktur sering ditemukan di RSUD Labuang Baji Makassar. Berdasarkan hasil data yang didapatkan beberapa tahun ini di RSUD Labuang Baji Makassar diperoleh data tahun 2013-2015 yang mencatat berbagai macam fraktur yang di derita pasien. Pada tahun 2013 tercatat pasien yang mengalami fraktur sebanyak 148 orang yang berjenis kelamin perempuan dan 404 orang yang berjenis kelamin laki-laki, dan pada tahun 2014 tercatat pasien yang mengalami fraktur sebanyak 58 orang yang berjenis kelamin laki-laki dan 235 orang yang berjenis kelamin perempuan. Sedangkan pada tahun 2015 tercatat mulai Januari sampai April pasien yang mengalami fraktur sebanyak 26 orang (Kombong, 2018). Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan di ruangan Baji Kamase pada tanggal 16 Maret 2021, didapatkan pasien fraktur ada 2 orang yang dimana kedua pasien sudah

melakukan operasi Open Reduction External Fixation (OREF). Berdasarkan hasil wawancara kepada perawat, didapatkan bahwa setiap pasien yang sudah melakukan operasi akan diberikan perawatan luka post op per 2 hari atau sesuai kondisi klien untuk mempercepat kesembuhan luka. Perawatan luka pada klien fraktur post op dengan OREF menggunakan larutan NaCl 0,9%, povidone iodine, sofratulle: framycetin sulfate, dan prontosan.

Perawatan luka menggunakan NaCl merupakan cara terbaik untuk membersihkan luka. Cairan NaCl 0,9 % merupakan cairan fisiologis yang efektif untuk penyembuhan karena sesuai dengan kandungan garam dalam tubuh. Hal ini sesuai dengan teori yang menyebutkan bahwa sodium klorida adalah larutan fisiologis yang ada di seluruh tubuh karena antiseptik ini tidak ada reaksi hipersensitivitas dari sodium klorida. Normal saline aman digunakan untuk kondisi apapun. Sodium klorida tersedia dalam beberapa konsentrasi, yang paling sering adalah sodium klorida 0,9 %. Ini adalah konsentrasi normal dari sodium klorida dan untuk antiseptik ini sodium klorida disebut juga normal saline. Merupakan larutan isotonis aman untuk tubuh, tidak iritan, melindungi granulasi jaringan dari kondisi kering, menjaga kelembaban sekitar luka dan membantu luka menjalani proses penyembuhan serta mudah didapat dan harga antiseptik lebih murah (Lestari & Kunidah, 2015).

Perawatan luka dengan menggunakan NaCl 0,9% dan kasa dengan antibiotik *framycetin sulfate* dengan prinsip steril dan bersih akan mencegah terjadinya infeksi dan penyembuhan luka menjadi optimal. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Supriyanto & Jamaluddin (2016), menunjukkan bahwa hasil perawatan luka post op dengan menggunakan NaCL 0,9 % dan diberi kasa dengan antibiotik *framycetin sulfate* sebagai

primare dressing didapatkan kondisi luka bersih, tidak ada tanda-tanda infeksi. Perawatan luka dengan pemberian NaCl 0,9 %, sifat cairan NaCl tidak mengiritasi pada jaringan, tetapi hanya berfungsi untuk membersihkan luka, selain itu cairan NaCl juga bersifat hanya dapat melembabkan luka dalam membantu pembentukan granulasi jaringan baru dan bukan untuk menyembuhkan secara langsung. Melakukan pembalutan dengan menggunakan NaCl 0,9% dengan tujuan mencegah infeksi silang (masuk melalui luka) dan mempercepat proses penyembuhan luka. Larutan irigasi NaCl 0,9% juga dapat digunakan untuk mengatasi iritasi pada luka. Selain NaCl perawatan luka dengan pemberian kasa dengan antibiotik *framycetin sulfate* selain untuk membantu mempercepat proses penyembuhan juga sebagai topical. Indikasi pemberian Sofra Tulle adalah adanya luka yang disebabkan panas, traumatic, (terpukul, teriris, dan luka bekas operasi), ulseratif, keadaan kulit terinfeksi, elektif dan sekunder adapun kontra indikasi dari pemberian sofratulle adalah adanya alergi terhadap framisetin (organisme resisten terhadap framisetin).

Berdasarkan data dan informasi yang diatas, penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien *Post op OREF Open Fraktur Tibia Fibula* melalui penyusunan study kasus yang berjudul perawatan luka dengan NaCl 0,9% dan kasa dengan antibiotik *framycetin sulfate* pada post op OREF open fraktur 1/3 distal tibia fibula dengan masalah gangguan integritas kulit di ruangan Baji Kamase RSUD Labuang Baji Makassar.

B. Rumusan Masalah

Bagaimana pelaksanaan intervensi perawatan luka dengan NaCl 0,9% dan kasa dengan antibiotik *framycetin sulfate* pada Tn. B yang mengalami *Fraktur 1/3 distal Tibia Fibula* dengan masalah gangguan integritas kulit?

C. Tujuan Umum dan Khusus

1. Tujuan umum

Asuhan keperawatan pada Tn. B yang mengalami *Fraktur 1/3 distal Tibia Fibula* dengan masalah gangguan integritas jaringan

2. Tujuan Khusus

- a. Diketuainya hasil pengkajian pada Tn. B yang mengalami *Fraktur 1/3 distal Tibia Fibula*
- b. Diketuainya diagnosis keperawatan pada Tn. B yang mengalami *Fraktur 1/3 distal Tibia Fibula*
- c. Diketuainya intervensi keperawatan pada Tn. B yang mengalami *Fraktur 1/3 distal Tibia Fibula*
- d. Diketuainya implementasi keperawatan pada Tn. B yang mengalami *Fraktur 1/3 distal Tibia Fibula*
- e. Diketuainya evaluasi keperawatan pada Tn. B yang mengalami *Fraktur 1/3 distal Tibia Fibula*
- f. Diketuainya intervensi perawatan luka dengan NaCl 0,9% dan kasa dengan antibiotik *framycetin sulfate* pada Tn. B yang mengalami *Fraktur 1/3 distal Tibia Fibula*

D. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

Tugas akhir ners ini diharapkan dapat menjadi bahan bacaan dalam praktik keperawatan sebagai proses pembelajaran dalam melakukan praktik asuhan keperawatan pada Tn. B dengan *Fraktur 1/3 distal Tibia Fibula*

2. Manfaat Aplikatif

Tugas akhir ners ini diharapkan dapat digunakan pada intervensi masalah gangguan integritas jaringan dengan *Fraktur 1/3 distal Tibia Fibula*



BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Teori

1. Definisi

Fraktur adalah terputusnya kontinuitas jaringan tulang dan ditentukan sesuai jenis dan fraktur terjadi jika tulang dikenai stress yang lebih besar dari yang dapat diabsorbsinya (Kemenkes, 2016).

Fraktur merupakan istilah hilangnya kontinuitas tulang rawan, baik yang bersifat total maupun sebagian biasanya disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik (Adrianto, 2019)

Fraktur dapat terjadi di bagian ekstremitas atau anggota gerak tubuh yang disebut dengan fraktur ekstremitas. Fraktur ekstremitas merupakan fraktur yang terjadi pada tulang yang membentuk lokasi ekstremitas atas (tangan, lengan, siku, bahu, pergelangan tangan, dan bawah (pinggul, paha, kaki bagian bawah, pergelangan kaki). Fraktur dapat menimbulkan pembengkakan, hilangnya fungsi normal, deformitas, kemerahan, krepitasi, dan rasa nyeri (Ghassani, 2016).

2. Etiologi

Menurut Muttaqin (2008) penyebab fraktur antara lain yaitu:

a. Trauma langsung

Trauma langsung menyebabkan tekanan langsung pada tulang. Hal tersebut dapat mengakibatkan terjadinya fraktur pada daerah tekan. Fraktur yang terjadi biasanya bersifat kominitif dan jaringan lunak ikut mengalami kerusakan.

b. Trauma tidak langsung

Apabila trauma dihantarkan ke daerah yang lebih jauh dari daerah fraktur, trauma tersebut disebut trauma tidak langsung. Misalnya, jatuh dengan tangan ekstensi dapat menyebabkan fraktur pada klavikula. Pada keadaan ini biasanya jaringan lunak tetap utuh.

3. Patofisiologi

Fraktur adalah patah tulang, biasanya disebabkan oleh trauma gangguan metabolic, patologik yang terjadi itu terbuka atau tertutup. Fraktur pada tulang biasanya disebabkan oleh trauma atau gangguan adanya gaya dalam tubuh, yaitu stress, gangguan fisik, gangguan metabolic, patologik. Kemampuan otot mendukung tulang turun, baik yang terbuka maupun tertutup. Kerusakan pembuluh darah akan mengakibatkan perdarahan, maka volume darah menurun. Cardiac Output (COP) menurun maka terjadi perubahan perfusi jaringan. Hematoma akan mengeksudasi plasma dan proliferasi menjadi edem lokal maka penumpukan di dalam tubuh. Fraktur terbuka atau tertutup akan mengenai serabut saraf yang dapat menimbulkan gangguan rasa nyaman nyeri. Selain itu dapat mengenai tulang dan dapat terjadi neurovaskuler yang menimbulkan nyeri gerak sehingga mobilitas fisik terganggu. Disamping itu fraktur terbuka dapat mengenai jaringan lunak yang kemungkinan dapat terjadi infeksi terkontaminasi dengan udara luar dan kerusakan jaringan lunak akan mengakibatkan kerusakan integritas kulit. Pada umumnya pada pasien fraktur terbuka maupun tertutup akan dilakukan imobilitas yang bertujuan untuk mempertahankan fragmen yang telah dihubungkan tetap pada tempatnya sampai sembuh (Wijaya, 2013)

4. Tanda dan Gejala

Menurut Kemenkes (2016) Tanda dan gejala yang biasa muncul pada kasus fraktur yakni:

- a. Nyeri terus menerus dan bertambah beratnya sampai fragmen tulang diimobilisasi, hematoma, dan edema
- b. Deformitas karena adanya pergeseran fragmen tulang yang patah
- c. Terjadi pemendekan tulang yang sebenarnya karena kontraksi otot yang melekat diatas dan dibawah tempat fraktur
- d. Krepitasi akibat gesekan antara fragmen satu dengan lainnya
- e. Pembengkakan dan perubahan warna lokal pada kulit.

5. Pemeriksaan Penunjang

Menurut *American Academy of Orthopaedic Surgeons* (2019) menyatakan bahwa pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan, yaitu:

- a. Sinar X/Pemeriksaan roentgen : untuk menentukan lokasi, luas dan jenis fraktur. Sinar-X memberikan gambar struktur padat, seperti tulang. Rontgen dilakukan dari sejumlah sudut yang berbeda untuk mencari fraktur dan untuk melihat keselarasan tulang. Meskipun jarang, seseorang mungkin dilahirkan dengan tulang ekstra di patela yang belum tumbuh bersama. Kondisi ini disebut patela bipartit dan dapat disalahartikan sebagai fraktur. Sinar-X akan membantu mengidentifikasi patella bipartit. Karena banyak orang mengalami kondisi di kedua lutut.
- b. Scan tulang, tomogram, CT- scan/ MRI : memperlihatkan fraktur dan mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak
- c. Pemeriksaan darah lengkap : Ht mungkin meningkat (hemokonsentrasi) atau menurun (perdarahan bermakna pada sisi

fraktur atau organ jauh pada trauma multiple). Peningkatan sel darah putih adalah respon stress normal setelah trauma.

- d. Kreatinin : Trauma otot meningkatkan beban kreatinin untuk klirens ginjal. Profil koagulasi : perubahan dapat terjadi pada kehilangan darah, transfuse multiple, atau cedera hati
- e. Pemeriksaan fisik, tepi-tepi fraktur sering dapat dirasakan melalui kulit, terutama jika fraktur tersebut tergeser. Selama pemeriksaan, akan diperiksa apakah terjadi *hemarthrosis*. Dalam kondisi ini, darah dari ujung tulang yang patah terkumpul di dalam ruang sendi, menyebabkan pembengkakan yang menyakitkan. Jika terdapat banyak darah di lutut, maka harus dikeringkan untuk membantu meringankan rasa sakit.

6. Komplikasi

American Academy of Orthopaedic Surgeons (2019) menyatakan bahwa komplikasi yang dapat terjadi terbagi menjadi 2, yaitu:

a. Pre Operatif

1) Sindrom Kompartemen

Kondisi menyakitkan ini berkembang ketika lengan atau tungkai yang terluka membengkak dan tekanan terbentuk di dalam otot. Ketika ini terjadi, operasi segera untuk menghilangkan tekanan diperlukan. Jika tidak diobati, sindrom kompartemen dapat menyebabkan kerusakan jaringan permanen dan kehilangan fungsi.

2) Kerusakan arteri

Pecahnya arteri karena trauma bisa ditandai dengan tidak adanya nadi, CRT menurun, cyanosis bagian distal, hematoma yang lebar

dan dingin pada ekstremitas yang disebabkan oleh tindakan emergensi splinting, perubahan posisi pada yang sakit, tindakan reduksi dan pembedahan.

3) Fat Emboli Sindrom

Fat Emboli Sindrom (FES) adalah komplikasi serius yang terjadi pada kasus fraktur tulang ranjang. FES terjadi karena sel-sel lemak yang dihasilkan bone marrow kuning masuk ke aliran darah dan menyebabkan tingkat oksigen dalam darah rendah yang ditandai dengan gangguan pernafasan, takikardi, hipertensi, takipnea dan demam.

4) Infeksi

Sistem pertahanan tubuh rusak bila ada trauma pada jaringan. Pada trauma orthopedic infeksi dimulai pada kulit (superficial) dan masuk ke dalam. Ini biasanya terjadi pada kasus fraktur terbuka, tapi bisa juga karena penggunaan bahan lain dalam pembedahan seperti pin dan plat.

5) Avaskuler nekrosis

Avaskuler Nekrosis (AVN) terjadi karena aliran darah ke tulang rusak atau terganggu yang bisa menyebabkan nekrosis tulang dan diawali dengan adanya Volkman's ischemia.

6) Shock

Shock terjadi karena kehilangan banyak darah dan meningkatnya permeabilitas kapiler yang bisa menyebabkan menurunnya oksigenasi. Ini biasanya terjadi pada fraktur.

b. Post Operatif

1) Infeksi

Infeksi merupakan komplikasi paling umum dari fraktur terbuka. Infeksi adalah hasil dari bakteri memasuki luka pada saat cedera. Infeksi dapat terjadi sejak awal selama penyembuhan atau jauh setelah luka dan patah telah sembuh. Infeksi tulang dapat menjadi kronis (*osteomyelitis*) dan menyebabkan operasi lebih lanjut.

2) Nonunion

Beberapa fraktur terbuka mungkin mengalami kesulitan penyembuhan karena kerusakan suplai darah di sekitar tulang pada saat cedera. Jika tulang tidak sembuh, operasi lebih lanjut, termasuk pencangkakan tulang ke lokasi fraktur dan ulangi fiksasi internal, mungkin diperlukan.

3) Arthritis Pascatrauma

Arthritis posttraumatic adalah jenis arthritis yang berkembang setelah cedera. Bahkan ketika tulang Anda sembuh secara normal, tulang rawan artikular yang menutupi tulang bisa rusak, menyebabkan rasa sakit dan kekakuan dari waktu ke waktu. Arthritis parah terjadi pada sebagian kecil pasien dengan fraktur patela. Arthritis ringan hingga sedang suatu kondisi yang disebut chondromalacia patella jauh lebih umum.

4) Kelemahan otot

Beberapa pasien mungkin memiliki kelemahan permanen pada otot paha depan di bagian depan paha setelah fraktur. Beberapa kehilangan gerak pada lutut, termasuk meluruskan (ekstensi) dan

menekuk (fleksi), juga sering terjadi. Kehilangan gerak ini biasanya tidak melumpuhkan.

5) Sakit kronis

Nyeri jangka panjang di depan lutut sering terjadi pada fraktur patela. Meskipun penyebab nyeri ini tidak sepenuhnya dipahami, ada kemungkinan bahwa hal itu terkait dengan *arthritis posttraumatic*, kekakuan, dan kelemahan otot. Beberapa pasien menemukan bahwa mereka lebih nyaman mengenakan penyangga atau penyangga lutut.

7. Penatalaksanaan

American Academy of Orthopaedic Surgeons (2019) dan (Muttaqin, 2008) menyatakan bahwa penatalaksanaan fraktur terbuka yang dapat dilakukan yaitu:

a. Non operatif

1) Reposisi

Tindakan reposisi dengan cara manipulasi diikuti dengan imobilisasi dilakukan pada fraktur dengan dislokasi fragmen yang berarti seperti pada fraktur radius distal. Reposisi dengan traksi dilakukan terus-menerus selama masa tertentu, misalnya beberapa minggu, kemudian diikuti dengan imobilisasi.

2) Imobilisasi

Pada imobilisasi dengan fiksasi dilakukan imobilisasi luar tanpa reposisi, tetapi tetap memerlukan imobilisasi agar tidak terjadi dislokasi fragmen. Contoh cara ini adalah pengelolaan fraktur tungkai bawah tanpa dislokasi yang penting. Imobilisasi yang lama akan menyebabkan mengecilnya otot dan kakunya sendi.

3) Rehabilitasi

Rehabilitasi berupaya mengembalikan kemampuan anggota yang cedera atau alat gerak yang sakit agar dapat berfungsi kembali seperti sebelum mengalami gangguan atau cedera. Pasien dianjurkan untuk keluar dari tempat tidur dengan dibantu ahli fisioterapi.

4) Traksi

Traksi adalah tahanan yang dipakai dengan berat atau alat lain untuk menangani kerusakan atau gangguan pada tulang dan otot. Tujuan traksi adalah untuk menangani fraktur, dislokasi atau spasme otot dalam usaha dan untuk memperbaiki deformitas dan mempercepat penyembuhan.

b. Debridemen dan Irigasi

Debridemen dan irigasi merupakan langkah pertama dalam mengendalikan risiko infeksi. Dalam debridemen, semua bahan asing, bahan yang terkontaminasi dan jaringan yang rusak dari luka akan dikeluarkan. Luka kemudian akan dicuci atau diirigasi dengan beberapa liter larutan garam. Setelah luka dibersihkan, selanjutnya mengevaluasi fraktur dan menstabilkan tulang. Patah tulang terbuka diobati dengan fiksasi internal atau eksternal.

1) Fiksasi Internal

Fiksasi internal dapat digunakan untuk mengobati fraktur terbuka di mana: lukanya bersih; ada kerusakan kulit atau jaringan minimal; potongan-potongan tulang yang patah bisa disejajarkan dengan baik.

Hal ini dapat dilakukan sebagai operasi awal atau ditunda jika jaringan lunak perlu sembuh. Setelah fiksasi internal, anggota tubuh yang terluka akan diimobilisasi dalam *sling cast* atau belat hingga fraktur sembuh. Selanjutnya dapat diberikan antibiotik untuk jangka waktu tertentu untuk membantu mencegah infeksi. Selama proses penyembuhan, luka harus selalu diperiksa untuk memastikan tidak ada tanda-tanda infeksi.

2) Fiksasi Eksternal

Fraktur terbuka yang parah pertama kali distabilkan dengan fiksasi eksternal. Dalam operasi ini, akan dimasukkan sekrup atau pin logam ke tulang di atas dan di bawah lokasi fraktur. Pin dan sekrup diproyeksikan keluar dari kulit yang menempel pada logam atau batang serat karbon. Fiksasi eksternal memiliki keuntungan menstabilkan tulang yang patah. Dalam beberapa kasus, luka mungkin memerlukan debridemen lebih lanjut atau pencangkokan kulit dan jaringan untuk menutupi tulang yang terluka. Fiksasi eksternal di tempat, pasien sering dapat bangun dari tempat tidur dan bergerak meskipun luka terbuka.

Dalam kebanyakan kasus, fixator eksternal tetap di tempatnya hanya sampai aman untuk melakukan fiksasi internal. Namun, kadang-kadang, fixator eksternal digunakan untuk menstabilkan tulang sampai penyembuhan selesai. Ini kemudian dihapus selama prosedur kedua ketika fraktur sembuh.

c. Penatalaksanaan Pembedahan

- 1) Reduksi tertutup dengan fiksasi eksternal atau fiksasi perkutan dengan K-Wire (kawat kirschner), misalnya pada fraktur jari.

- 2) Reduksi terbuka dengan fiksasi internal (ORIF: *Open Reduction internal Fixation*).
- 3) Reduksi terbuka dengan fiksasi eksternal (OREF: *Open reduction Eksternal Fixation*). Fiksasi eksternal digunakan untuk mengobati fraktur terbuka dengan kerusakan jaringan lunak. Alat ini memberikan dukungan yang stabil untuk fraktur kominitif (hancur atau remuk).

8. Prognosis

Penyembuhan fraktur merupakan suatu proses biologis yang menakjubkan. Tidak seperti jaringan lainnya, tulang yang mengalami fraktur dapat sembuh tanpa jaringan parut. Pengertian tentang reaksi tulang yang hidup dan periosteum pada penyembuhan fraktur mulai terjadi segera setelah tulang mengalami kerusakan apabila lingkungan untuk penyembuhan memadai sampai terjadi konsolidasi. Faktor mekanis yang penting seperti imobilisasi fragmen tulang secara fisik sangat penting dalam penyembuhan, selain faktor biologis yang juga merupakan suatu faktor yang sangat esensial dalam penyembuhan fraktur.

B. Konsep Keperawatan

1. Pengkajian

Kemampuan individu harus diidentifikasi oleh perawat melalui proses pengkajian sebagai langkah awal dalam proses keperawatan. Pada tahap ini perawat juga harus melihat riwayat kesehatan individu. Informasi ini dapat diperoleh dari hasil penilaian profesi lain atau dari individu dan keluarga. Hal ini akan menjadi dasar bagi perawat untuk dapat menentukan bagaimana individu dapat berperan memenuhi self care secara mandiri atau membutuhkan bantuan dari perawat. Menurut Orem ada

empat hal yang harus diperhatikan dalam pengkajian (Nurarif dan Hardhi, 2015):

a. Basic Conditioning Faktor

Basic conditioning factor meliputi : usia, jenis kelamin, berat badan, tinggi badan, status perkawinan, suku, budaya, agama, pekerjaan, lingkungan tempat tinggal, status kesehatan, system pelayanan kesehatan yang tersedia dan terjangkau, serta bagaimana individu memanfaatkan keberadaan sistem pelayanan kesehatan tersebut saat mengalami masalah kesehatan. Kondisi diatas akan mempengaruhi individu dalam memenuhi kebutuhan ADL dan perawatan dirinya (Nurarif dan Hardhi, 2015).

b. Universal self care requisites

Universal self care requisites, meliputi kebutuhan dasar individu yang bersifat biopsikososial, yaitu : kebutuhan akan udara, cairan, nutrisi, pemenuhan kebutuhan eliminasi, kebutuhan istirahat dan aktivitas, keseimbangan antara interaksi dan isolasi sosial, mencegah dan mengatasi risiko yang mengancam kehidupan, serta meningkatkan fungsi dan perkembangan dirinya dalam kehidupan sosial (Nurarif dan Hardhi, 2015).

1) Keseimbangan oksigenisasi

Pengkajian keseimbangan oksigenasi pasien endokrin meliputi : frekuensi, kedalaman, bunyi pernafasan, pernafasan cuping hidung, adanya batuk dengan atau tanpa sputum, batuk berdarah, adanya nyeri dada, bentuk dan pengembangan dada, risiko gangguan bersihan jalan nafas. Penting bagi perawat untuk menilai terjadinya infeksi paru atau adanya edema paru pada pasien HD dengan

kelebihan cairan.

2) Keseimbangan cairan dan elektrolit

Meliputi keadaan cairan tubuh, kebutuhan cairan, jenis cairan, kemampuan pemenuhan kebutuhan cairan, tanda-tanda dehidrasi, berkaitan dengan pemeriksaan laboratorium untuk menilai kondisi cairan dan elektrolit. Pada pasien dialisis berisiko untuk terjadi hiponatremi, hiperkalemi, hiperfosfatemi, hiperkalsemi. Edema tungkai atau edema paru sering ditemukan pada pasien HD dengan kelebihan cairan.

3) Pemenuhan kebutuhan nutrisi

Pemenuhan kebutuhan nutrisi yang harus dikaji meliputi nafsu makan, adanya keluhan mual, muntah, berat badan, lingkaran lengan atas, kepatuhan dengan diet, pengetahuan pasien tentang diet dan hasil laboratorium untuk menilai status nutrisi pasien. Kondisi komplikasi gastroparesis, atau gastropati uremik dapat memunculkan gejala adanya kelainan dalam pemenuhan nutrisi. Tanda dan gejala gangguan nutrisi di tingkat sel akibat defisiensi insulin.

4) Pemenuhan kebutuhan eliminasi

Pengkajian eliminasi meliputi : perubahan pola, retensi urin, dan inkontinensia urin atau alvi, kemampuan berkemih secara normal, anuria pada *Diabetic Kidney Disease* (DKD) tahap akhir, tanda-tanda neurogenik bladder, melena dapat terjadi pada kondisi gastropati uremik. Hasil pemeriksaan laboratorium yang dapat menunjukkan adanya penurunan fungsi ginjal, misalnya mikroalbuminuria pada nefropati diabetik.

5) Kebutuhan aktivitas dan istirahat

Pengkajian meliputi kemampuan mobilisasi, beraktivitas, gangguan tidur, tingkat nyeri, penurunan tonus dan kekuatan otot, keluhan rasa mudah lelah, gangguan atau penurunan motorik.

6) Interaksi dan isolasi sosial

Pasien dengan gangguan penyakit kronis seperti DM dengan HD, perlu untuk dikaji tentang adanya perasaan berbeda dengan orang lain karena terkait perubahan pola hidup seperti : harus suntik insulin setiap sebelum makan, datang ke rumah sakit atau unit dialisis 2 kali setiap minggu, pengaturan makan dan asupan minum yang relatif ketat. Penilaian gejala gejala yang mengarah pada gangguan psikososial depresi, stress, tingkat kecemasan, tingkat ketergantungan pada orang lain, penerimaan terhadap penyakit, kontak sosial, dukungan sosial, dan partisipasi dalam perawatan pasien selama dalam masa perawatan di rumah sakit.

7) Pencegahan dan mengatasi resiko yang mengancam jiwa

Meliputi pengkajian adanya komplikasi kardiovaskular (sindrom koroner akut), gagal jantung akibat kelebihan asupan cairan, infeksi yang meluas (sepsis) akibat luka kronik, risiko cedera akibat penurunan persepsi sensori, kecacatan, serta risiko terjadinya komplikasi akut seperti hipoglikemi dan ketoasidosis (ensefalopati diabetikum/uremikum).

8) Peningkatan fungsi dan perkembangan hidup dalam kelompok sosial

Ketersediaan sistem pendukung dan keterlibatan pasien dalam perkumpulan/komunitasnya, serta kemampuan pasien dalam pemenuhan self care.

c. Developmental self care requisites

Terdapat tiga kondisi yang menunjukkan proses perkembangan dan kematangan individu dalam mencapai fungsi yang optimal untuk mencegah terjadinya kondisi yang dapat menghambat perkembangan tersebut. Yaitu: mempertahankan kondisi yang dapat meningkatkan perkembangan, penggunaan perkembangan diri, dan mencegah atau menanggulangi kondisi individu dan situasi lingkungan yang dapat merugikan perkembangan individu, seperti : beradaptasi dengan mengatur jadwal kegiatan harian, membentuk kebiasaan yang kondusif dengan kebutuhan perawatan penyakit kronis, bersikap terbuka dan mau berbagi dengan orang lain yang mengalami kondisi yang sama (Nurarif dan Hardhi, 2015).

d. Health deviation self care requisites

Terdapat tiga tipe kebutuhan, yaitu : berhubungan dengan perubahan struktur fisik, berhubungan perubahan fungsi fisik, dan berhubungan dengan dengan perubahan perilaku. Seperti penurunan fungsi penglihatan karena retinopati atau terjadinya deformitas kaki yang mempengaruhi terjadi perubahan aktivitas pasien, menggunakan alas kaki yang tepat sesuai anjuran (Nurarif dan Hardhi, 2015).

2. Diagnosis Keperawatan

Adapun masalah keperawatan yang dapat muncul pada pasien dengan fraktur tibia fibula adalah sebagai berikut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

a. Nyeri Akut (D.0077)

Kategori : Psikologis

Subkategori: Nyeri dan Kenyamanan

Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan

Penyebab :
1. Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma)
2. Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)
3. Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

1. Mengeluh nyeri

Objektif

1. Tampak meringis
2. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)
3. Gelisah
4. Frekuensi nadi meningkat
5. Sulit tidur

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

1. Tekanan darah meningkat
2. Pola napas berubah
3. Nafsu makan berubah
4. Proses berpikir terganggu

5. Menarik diri
6. Berfokus pada diri sendiri
7. Diaforesis

b. Gangguan Integritas Jaringan/Kulit (D.0129)

Kategori : Lingkungan

Subkategori: Keamanan dan Proteksi

Definisi : Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligamen)

Penyebab :

1. Perubahan sirkulasi
2. Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)
3. Kekurangan/kelebihan volume cairan
4. Penurunan mobilitas
5. Bahan kimia iritatif
6. Suhu lingkungan yang ekstrem
7. Faktor mekanis (mis. penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) atau faktor elektris (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi)
8. Efek samping terapi radiasi
9. Kelembaban
10. Proses penuaan
11. Neuropati perifer
12. Perubahan pigmentasi
13. Perubahan hormonal
14. Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

1. Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

1. Nyeri
2. Perdarahan
3. Kemerahan
4. Hematoma

c. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

Kategori : Fisiologis

Subkategori: Aktivitas/Istirahat

Definisi : Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri

- Penyebab :
1. Kerusakan integritas struktur tulang
 2. Perubahan metabolisme
 3. Ketidakbugaran fisik
 4. Penurunan kendali otot
 5. Penurunan massa otot
 6. Penurunan kekuatan otot
 7. Keterlambatan perkembangan
 8. Kekakuan sendi
 9. Kontraktur
 10. Malnutrisi
 11. Gangguan muskuloskeletal

12. Gangguan neuromuskular
13. Indeks massa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia
14. Efek agen farmakologis
15. Program pembatasan gerak
16. Nyeri
17. Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
18. Kecemasan
19. Gangguan kognitif
20. Keengganan melakukan pergerakan
21. Gangguan sensori persepsi

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

Objektif

1. Kekuatan otot menurun
2. Rentang gerak (ROM) menurun

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

1. Nyeri saat bergerak
2. Enggan melakukan pergerakan
3. Merasa cemas saat bergerak

Objektif

1. Sendi kaku
2. Gerakan tidak terkoordinasi
3. Gerakan terbatas
4. Fisik lemah

d. Konstipasi (D.0049)

Kategori : Fisiologis

Subkategori: Eliminasi

Definisi : Penurunan defekasi normal yang disertai pengeluaran feses sulit dan tidak tuntas serta feses kering dan banyak

Penyebab *Fisiologis*

- :
1. Penurunan motilitas gastrointestinal
 2. Ketidakadekuatan pertumbuhan gigi
 3. Ketidacukupan diet
 4. Ketidacukupan asupan serat
 5. Ketidacukupan asupan cairan
 6. Aganglionik (mis. penyakit *Hirschsprung*)
 7. Kelemahan otot abdomen

Psikologis

1. Konfusi
2. Depresi
3. Gangguan emosional

Situasional

1. Perubahan kebiasaan makan (mis. jenis makanan, jadwal makan)
2. Ketidakadekuatan *toileting*
3. Aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan
4. Penyalahgunaan laksatif
5. Efek agen farmakologis
6. Ketidakteraturan kebiasaan defekasi
7. Kebiasaan menahan dorongan defekasi
8. Perubahan lingkungan

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

1. Defekasi kurang dari 2 kali seminggu

Objektif

1. Feses keras
2. Peristaltik usus menurun

2. Pengeluaran feses lama dan sulit

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

1. Mengejan saat defekasi

Objektif

1. Distensi abdomen

2. Kelemahan umum

3. Teraba massa pada rektal

e. Ansietas (D.0080)

Kategori : Psikologis

Subkategori : Integritas Ego

Definisi : Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman

Penyebab : 1. Krisis situasional

2. Kebutuhan tidak terpenuhi

3. Krisis maturasional

4. Ancaman terhadap konsep diri

5. Ancaman terhadap kematian

6. Kekhawatiran mengalami kegagalan

7. Disfungsi sistem keluarga

8. Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan

9. Faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir)

10. Penyalahgunaan zat

11. Terpapar bahaya lingkungan (mis. toksin, polutan dan lain-lain)

12. Kurang terpapar informasi

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

1. Merasa bingung
2. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi
3. Sulit berkonsentrasi

Objektif

1. Tampak gelisah
2. Tampak tegang
3. Sulit tidur

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

1. Mengeluh pusing
2. Anoreksia
3. Palpitasi
4. Merasa tidak berdaya

Objektif

1. Frekuensi napas meningkat
2. Frekuensi nadi meningkat
3. Tekanan darah meningkat
4. Diaforesis
5. Tremor
6. Muka tampak pucat
7. Suara bergetar
8. Kontak mata buruk
9. Sering berkemih
10. Berorientasi pada masa lalu

f. Defisit Perawatan Diri (D.0109)

Kategori : Perilaku

Subkategori : Kebersihan Diri

Definisi Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri

Penyebab

1. Gangguan muskuloskeletal
2. Gangguan neuromuskuler

3. Kelemahan
4. Gangguan psikologis dan/atau psikotik
5. Penurunan motivasi/minat

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

1. Menolak melakukan perawatan diri

Objektif

1. Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri
2. Minat melakukan perawatan diri kurang

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

(tidak tersedia)

g. Defisit Pengetahuan (D.0111)

Kategori : Perilaku

Subkategori : Penyuluhan dan Pembelajaran

Definisi : Ketidadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu

- Penyebab :
1. Keterbatasan kognitif
 2. Gangguan fungsi kognitif
 3. Kekeliruan mengikuti anjuran
 4. Kurang terpapar informasi
 5. Kurang minat dalam belajar
 6. Kurang mampu meningkat
 7. Ketidaktahuan menemukan sumber informasi

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

1. Menanyakan masalah yang dihadapi

Objektif

1. Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran
2. Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

1. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat
2. Menunjukkan perilaku berlebihan (mis. apatis, bermusuhan, agitasi, histeria)

h. Resiko Infeksi (D.0142)

Kategori : Lingkungan

Subkategori : Keamanan dan Proteksi

Definisi : Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik

- Faktor Risiko :
1. Penyakit kronis (mis. diabetes melitus)
 2. Efek prosedur invasif
 3. Malnutrisi
 4. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan
 5. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer :
 - a. Gangguan peristaltik
 - b. Kerusakan integritas kulit
 - c. Perubahan sekresi pH

- d. Penurunan kerja siliaris
- e. Ketuban pecah lama
- f. Ketuban pecah sebelum waktunya
- g. Merokok
- h. Statis cairan tubuh

6. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder :

- a. Penurunan hemoglobin
- b. Imunosupresi
- c. Leukopenia
- d. Supresi respon inflamasi
- e. Vaksinasi tidak adekuat

i. Resiko Jatuh (D.0143)

Kategori : Lingkungan

Subkategori : Keamanan dan Proteksi

Definisi : Berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh

Faktor Risiko : 1. Usia ≥ 65 tahun (pada dewasa) atau ≤ 2 tahun (pada anak)

- 2. Riwayat jatuh
- 3. Anggota gerak bawah prostesis (buatan)
- 4. Penurunan alat bantu berjalan
- 5. Penurunan tingkat kesadaran
- 6. Perubahan fungsi kognitif
- 7. Lingkungan tidak aman (mis. licin, gelap, lingkungan asing)
- 8. Kondisi pasca operasi

9. Hipotensi ortostatik
10. Perubahan kadar glukosa darah
11. Anemia
12. Kekuatan otot menurun
13. Gangguan pendengaran
14. Gangguan keseimbangan
15. Gangguan penglihatan (mis. glaukoma, katarak, ablasio retina, neuritis optikus)
16. Neuropati
17. Efek agen farmakologis (mis. sedasi, alkohol, anestesi umum)



3. Perencanaan Keperawatan

Berdasarkan uraian diagnosis keperawatan diatas berikut luaran keperawatan dan perencanaan keperawatan sebagai berikut

(Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018; Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Tabel 2.1 Perencanaan Keperawatan

No.	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Rencana Keperawatan	Rasional
1.	<p>Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, kimiawi dan fisik dibuktikan dengan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh nyeri 2. Tampak meringis 3. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri) 4. Gelisah 5. Frekuensi nadi meningkat 6. Sulit tidur 7. Tekanan darah meningkat 8. Pola napas berubah 9. Nafsu makan berubah 10. Proses berpikir terganggu 11. Menarik diri 12. Berfokus pada diri sendiri 	<p>Tingkat Nyeri (L.08066)</p> <p>Ekspektasi : Menurun</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat b. Keluhan nyeri menurun c. Meringis menurun d. Sikap protektif menurun e. Gelisah menurun f. Kesulitan tidur menurun g. Menarik diri menurun h. Berfokus pada diri sendiri menurun i. Diaforesis menurun j. Perasaan depresi (tertekan) menurun k. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun 	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri b. Identifikasi skala nyeri c. Identifikasi respons nyeri non verbal d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri f. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri g. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup h. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan i. Monitor efek samping penggunaan analgetik 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Untuk mengetahui tindakan apa yang selanjutnya akan dilakukan b. Untuk mengetahui tingkat nyeri c. Untuk mengetahui tingkat nyeri d. Untuk mencegah nyeri e. Untuk mengetahui pemahaman pasien terhadap nyeri f. Untuk mengetahui tindakan selanjutnya g. Untuk mengetahui kondisi pasien terhadap nyeri h. Untuk mengetahui terapi yang diberikan berhasil atau tidak i. Untuk mencegah bertambahnya masalah keperawatan

	13. Diaforesis	<p>l. Anoreksia menurun m. Perineum terasa tertekan menurun n. Uterus teraba membulat menurun o. Ketegangan otot menurun p. Pupil dilatasi menurun q. Muntah menurun r. Mual menurun s. Frekuensi nadi membaik t. Pola napas membaik u. Tekanan darah membaik v. Proses berpikir membaik w. Fokus membaik x. Fungsi berkemih membaik y. Perilaku membaik z. Nafsu makan membaik</p>	<p>Terapeutik</p> <p>a. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis akupresur, terapi musik, <i>biofeedback</i>, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</p> <p>b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>c. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi</p> <p>a. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</p> <p>b. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>d. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>e. Ajarkan teknik nonfarmakologis</p>	<p>Terapeutik</p> <p>a. Untuk mengurangi nyeri</p> <p>b. Untuk meringankan nyeri</p> <p>c. Untuk meringankan nyeri</p> <p>d. Untuk mengetahui terapi yang cocok untuk meringankan nyeri</p> <p>Edukasi</p> <p>a. Agar pasien dan keluarga mengerti kapan nyeri muncul</p> <p>b. Agar pasien dan keluarga secara mandiri dapat meringankan nyeri yang dirasakan</p> <p>c. Untuk mengetahui hal apa yang bisa menyebabkan nyeri bertambah</p> <p>d. Untuk mengurangi nyeri</p> <p>e. Untuk meringankan nyeri</p>
--	----------------	---	--	--

			<p>untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>a. Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i></p>	<p>Kolaborasi</p> <p>a. Untuk menghilangkan nyeri</p>
2.	<p>Gangguan Integritas Jaringan/Kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan), kekurangan/kelebihan volume cairan, penurunan mobilitas, bahan kimia iritatif, suhu lingkungan yang ekstrem, faktor mekanis (mis. penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) atau faktor listrik (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi), efek samping terapi radiasi, kelembaban, proses penuaan, neuropati perifer, perubahan pigmentasi, perubahan hormonal, kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan dibuktikan dengan:</p>	<p>Penyembuhan Luka (L.14130)</p> <p>Ekspektasi : Meningkatkan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>a. Penyatuan kulit meningkat</p> <p>b. Penyatuan tepi luka meningkat</p> <p>c. Jaringan granulasi meningkat</p> <p>d. Pembentukan jaringan parut meningkat</p> <p>e. Edema pada sisi luka menurun</p> <p>f. Peradangan luka menurun</p> <p>g. Nyeri menurun</p> <p>h. Drainase purulen menurun</p> <p>i. Drainase serosa menurun</p> <p>j. Drainase sanguinis menurun</p> <p>k. Drainase serosanguinis menurun</p> <p>l. Eritema pada kulit sekitar</p>	<p>Perawatan Luka (I.14564)</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi</p> <p>a. Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau)</p> <p>b. Monitor tanda-tanda infeksi</p> <p>Terapeutik</p> <p>a. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p>b. Cukur rambut disekitar daerah luka, <i>jika perlu</i></p> <p>c. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, <i>sesuai kebutuhan</i></p> <p>d. Bersihkan jaringan nekrotik</p> <p>e. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, <i>jika perlu</i></p> <p>f. Pasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>g. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>h. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase</p> <p>i. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2</p>	<p>Observasi</p> <p>a. Untuk mengetahui kondisi luka</p> <p>b. Untuk mengetahui luka terinfeksi atau tidak</p> <p>Terapeutik</p> <p>a. Agar pasien merasa nyaman</p> <p>b. Untuk mencegah infeksi</p> <p>c. Merangsang penyembuhan luka lebih cepat</p> <p>d. Mempercepat kesembuhan luka</p> <p>e. Mempercepat kesembuhan luka</p> <p>f. Mencegah infeksi</p> <p>g. Untuk mencegah kontaminasi mikroorganisme</p> <p>h. Mencegah infeksi</p> <p>i. Mencegah dekubitus</p>

	<p>1. Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit</p> <p>2. Nyeri</p> <p>3. Perdarahan</p>	<p>menurun</p> <p>m. Peningkatan suhu kulit menurun</p> <p>n. Bau tidak sedap pada luka menurun</p> <p>o. Nekrosis menurun</p> <p>p. Infeksi menurun</p>	<p>jam atau sesuai kondisi pasien</p> <p>j. Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/kgBB/hari dengan protein 1,25-1,5g/kgBB/hari</p> <p>k. Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis. vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino), <i>sesuai indikasi</i></p> <p>l. Berikan terapi TENS (stimulasi saraf transkutaneous), <i>jika perlu</i></p> <p>Edukasi</p> <p>a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>b. Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</p> <p>c. Anjurkan prosedur perawatan luka secara mandiri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>a. Kolaborasi prosedur <i>debridement</i> (mis. enzimatik, biologis, mekanis, autolitik), <i>jika perlu</i></p> <p>b. Kolaborasi pemberian antibiotik, <i>jika perlu</i></p>	<p>j. Mempercepat kesembuhan luka</p> <p>k. Mempercepat kesembuhan luka</p> <p>l. Untuk menghilangkan nyeri</p> <p>Edukasi</p> <p>a. Menambah informasi terkait penyakit yang diderita</p> <p>b. Untuk mempercepat kesembuhan luka</p> <p>c. Agar keluarga dan pasien mampu secara mandiri melakukan perawatan luka</p> <p>Kolaborasi</p> <p>a. Membantu mempercepat penyembuhan luka</p> <p>b. Mencegah infeksi</p>
3.	<p>Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang, perubahan metabolisme,</p>	<p>Mobilitas Fisik (L.05042)</p> <p>Ekspektasi : Meningkat</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>a. Pergerakan ekstremitas meningkat</p>	<p>Perawatan Tirah Baring (I.14572)</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi</p> <p>a. Monitor kondisi kulit</p>	<p>Observasi</p> <p>a. Untuk mengetahui kondisi kulit pasien</p>

<p>ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, penurunan kekuatan otot, keterlambatan perkembangan, kekakuan sendi, kontraktur, malnutrisi, gangguan muskuloskeletal, gangguan neuromuskular indeks massa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia, efek agen farmakologis, program pembatasan gerak, nyeri, kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, kecemasan, gangguan kognitif, keengganan melakukan pergerakan, gangguan sensori persepsi dibuktikan dengan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas 2. Kekuatan otot menurun 3. Rentang gerak (ROM) menurun 4. Nyeri saat bergerak 5. Enggan melakukan 	<ol style="list-style-type: none"> b. Kekuatan otot meningkat c. Rentang gerak (ROM) meningkat d. Nyeri menurun e. Kecemasan menurun f. Kaku sendi menurun g. Gerakan tidak terkoordinasi menurun h. Gerakan terbatas menurun i. Kelemahan fisik menurun 	<p>b. Monitor komplikasi tirah baring (mis. kehilangan massa otot, sakit punggung, konstipasi, stress, depresi, kebingungan, perubahan irama tidur, infeksi saluran kemih, sulit buang air kecil, pneumonia)</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Tempatkan pada kasur terapeutik, <i>jika tersedia</i> b. Posisikan senyaman mungkin c. Pertahankan seprei tetap kering, bersih dan tidak kusut d. Pasang <i>sideralis</i>, <i>jika perlu</i> e. Posisikan tempat tidur dekat dengan <i>nurse station</i>, <i>jika perlu</i> f. Dekatkan posisi meja tidur g. Berikan latihan gerak aktif atau pasif h. Pertahankan kebersihan pasien i. Fasilitasi pemenuhan kebutuhan sehari-hari j. Berikan <i>stocking</i> antiembolisem, <i>jika perlu</i> k. Ubah posisi setiap 2 jam <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan tujuan dilakukan tirah 	<p>b. Untuk mengetahui apakah terjadi masalah pada tirah baring</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Untuk membuat pasien merasa nyaman b. Memberikan rasa nyaman pada pasien c. Untuk menjaga agar tidak lembab d. Untuk mencegah pasien jatuh e. Untuk memudahkan perawat mengontrol pasien f. Untuk memudahkan pasien mengambil sesuatu g. Untuk melatih mobilisasi pasien h. Untuk menjaga kebersihan pasien i. Untuk memfasilitasi kebutuhan harian pasien j. Untuk mencegah terjadi gesekan antara kulit pasien dan seprei k. Untuk memberikan posisi yang nyaman
---	--	--	--

	pergerakan 6. Merasa cemas saat bergerak 7. Sendi kaku 8. Gerakan tidak terkoordinasi 9. Gerakan terbatas 10. Fisik lemah		baring	Edukasi a. Untuk memberi tahu pasien tentang tujuan dilakukan intervensi
4.	Konstipasi berhubungan dengan penyebab fisiologis, psikologis, situasional dibuktikan dengan: 1. Defekasi kurang dari 2 kali seminggu 2. Pengeluaran feses lama dan sulit 3. Feses keras 4. Peristaltik usus menurun 5. Mengejan saat defekasi 6. Distensi abdomen 7. Kelemahan umum 8. Teraba massa pada rektal	Eliminasi Fekal (L.04033) Ekspektasi : Membaik Kriteria Hasil : a. Kontrol pengeluaran feses meningkat b. Keluhan defekasi lama dan sulit menurun c. Mengejan saat defekasi menurun d. Distensi abdomen menurun e. Teraba massa pada rektal menurun f. Urgency menurun g. Nyeri abdomen menurun h. Kram abdomen menurun i. Konsistensi feses membaik j. Frekuensi BAB membaik k. Peristaltik usus membaik	Manajemen Konstipasi (I.04155) Tindakan Observasi a. Periksa tanda dan gejala konstipasi b. Periksa pergerakan usus, karakteristik feses (konsistensi, bentuk, volume dan warna) c. Identifikasi faktor resiko konstipasi (mis. obat-obatan, tirah baring, dan diet rendah serat) d. Monitor tanda dan gejala ruptur usus dan/atau peritonitis Terapeutik a. Anjurkan diet tinggi serat b. Lakukan masase abdomen, jika perlu c. Lakukan evakuasi feses secara	Observasi a. Untuk mengetahui kondisi umum pasien b. Untuk mengetahui adanya konstipasi c. Untuk mengetahui hal-hal yang dapat memperberat risiko konstipasi d. Untuk mengetahui apakah ruptus usus yang menyebabkan konstipasi Terapeutik a. Untuk memudahkan pengeluaran feses b. Untuk merangsang otot abdomen sehingga feses bisa dikeluarkan c. Untuk memudahkan

			<p>manual, <i>jika perlu</i></p> <p>d. Berikan enema atau irigasi, <i>jika perlu</i></p> <p>Edukasi</p> <p>a. Jelaskan etiologi masalah dan alasan tindakan</p> <p>b. Anjurkan peningkatan asupan cairan, <i>jika tidak ada kontraindikasi</i></p> <p>c. Latih buang air besar secara teratur</p> <p>d. Ajarkan cara mengatasi konstipasi/impaksi</p> <p>Kolaborasi</p> <p>a. Konsultasi dengan tim medis tentang penurunan/peningkatan frekuensi suara usus</p> <p>b. Kolaborasi penggunaan obat pencabar, <i>jika perlu</i></p>	<p>pengeluarkan feses</p> <p>d. Untuk merangsang pengeluaran feses</p> <p>Edukasi</p> <p>a. Untuk memberikan informasi terkait masalah yang dihadapi pasien</p> <p>b. Untuk memudahkan pengeluaran feses</p> <p>c. Untuk merangsang pengeluaran feses</p> <p>d. Agar pasien dan keluarga mampu secara mandiri mengatasi konstipasi</p> <p>Kolaborasi</p> <p>a. Untuk memberikan makanan yang sesuai yang bisa membantu pengeluaran feses</p> <p>b. Untuk merangsang pengeluaran feses</p>
5.	<p>Ansietas berhubungan dengan krisis situasional, kebutuhan tidak terpenuhi, krisis maturasional, ancaman terhadap konsep diri, ancaman terhadap kematian, kekhawatiran mengalami</p>	<p>Tingkat Ansietas (L.09093)</p> <p>Ekspektasi : Menurun</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>a. Verbalisasi kebingungan menurun</p> <p>b. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang</p>	<p>Reduksi Ansietas (I.09314)</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi</p> <p>a. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stresor)</p> <p>b. Identifikasi kemampuan mengambil</p>	<p>Observasi</p> <p>a. Untuk mengetahui kondisi yang memperberat kecemasan</p> <p>b. Untuk mengetahui kecemasan</p>

<p>kegagalan, disfungsi sistem keluarga, hubungan orang tua-anak tidak memuaskan, faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir), penyalahgunaan zat, terpapar bahaya lingkungan (mis. toksin, polutan dan lain-lain), kurang terpapar informasi dibuktikan dengan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merasa bingung 2. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi 3. Sulit berkonsentrasi 4. Tampak gelisah 5. Tampak tegang 6. Sulit tidur 7. Mengeluh pusing 8. Anoreksia 9. Palpitasi 10. Merasa tidak berdaya 11. Frekuensi napas meningkat 12. Frekuensi nadi meningkat 	<p>dihadapi menurun</p> <ol style="list-style-type: none"> c. Perilaku gelisah menurun d. Perilaku tegang menurun e. Keluhan pusing menurun f. Anoreksia menurun g. Palpitasi menurun h. Diaforesis menurun i. Tremor menurun j. Pucat menurun k. Konsentrasi membaik l. Pola tidur membaik m. Frekuensi pernapasan membaik n. Frekuensi nadi membaik o. Tekanan darah membaik p. Kontak mata membaik q. Pola berkemih membaik r. Orientasi membaik 	<p>keputusan</p> <ol style="list-style-type: none"> c. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan b. Temani pasien yang mengurangi kecemasan, <i>jika memungkinkan</i> c. Pahami situasi yang membuat ansietas d. Dengarkan dengan penuh perhatian e. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan f. Tempatkan barang pribadi yang memberi kenyamanan g. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan h. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami b. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis 	<ol style="list-style-type: none"> c. Untuk mengetahui tingkat kecemasan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Agar pasien nyaman b. Untuk membuat pasien nyaman c. Untuk mengurangi faktor kecemasan d. Agar pasien kecemasannya berkurang e. Agar pasien nyaman f. Untuk mengurangi kecemasan g. Untuk mengetahui faktor yang bisa membuat cemasnya meningkat h. Memberikan rasa aman dan nyaman <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Memberikan informasi terkait masalah yang dialami b. Agar pasien dan keluarga mengerti tentang penyakitnya c. Agar pasien merasa aman dan nyaman
---	---	---	--

	13. Tekanan darah meningkat 14. Diaforesis 15. Tremor 16. Muka tampak pucat 17. Suara bergetar 18. Kontak mata buruk 19. Sering berkemih 20. Berorientasi pada masa lalu		c. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, <i>jika perlu</i> d. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, <i>sesuai kebutuhan</i> e. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi f. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan g. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat h. Latih teknik relaksasi Kolaborasi a. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, <i>jika perlu</i>	d. Memberikan rasa nyaman e. Mengurangi kecemasan f. Mengurangi ketegangan g. Mengurangi kecemasan h. Mengurangi tingkat kecemasan Kolaborasi a. Mengurangi kecemasan
6.	Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal, gangguan neuromuskuler, kelemahan, gangguan psikologis dan/atau psikotik, penurunan motivasi/minat dibuktikan dengan: 1. Menolak melakukan perawatan diri 2. Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara	Perawatan Diri (L.11103) Ekspektasi : Meningkatkan Kriteria Hasil : a. Kemampuan mandi meningkat b. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat c. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat d. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat e. Minat melakukan perawatan diri meningkat	Dukungan Perawatan Diri : Mandi (I.11352) Tindakan : Observasi a. Monitor usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri b. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan c. Monitor kebersihan tubuh (mis. rambut, mulut, kulit, kuku) d. Monitor integritas kulit	Observasi a. Untuk mengetahui keterbatasan dalam perawatan diri b. Untuk memudahkan dalam perawatan diri c. Untuk mengetahui kondisi tubuh pasien dalam keadaan bersih atau tidak d. Untuk mengetahui tindakan perawatan diri apa yang akan dilakukan

	mandiri 3. Minat melakukan perawatan diri kurang	f. Mempertahankan kebersihan diri meningkat g. Mempertahankan kebersihan mulut meningkat	Terapeutik a. Siapkan peralatan mandi (mis. sabun, sikat gigi, <i>shampoo</i> , pelembab kulit) b. Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman c. Fasilitasi menggosok gigi, <i>sesuai kebutuhan</i> d. Fasilitasi mandi, <i>sesuai kebutuhan</i> e. Pertahankan kebiasaan kebersihan diri f. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian Edukasi a. Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan b. Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, <i>jika perlu</i>	Terapeutik a. Fasilitasi dalam melakukan perawatan diri b. Agar pasien rileks dalam melakukan perawatan diri c. Menjaga kebersihan mulut d. Menjaga kebersihan badan e. Untuk menjaga kebersihan tubuh f. Agar perawatan diri pasien terlaksana Edukasi a. Untuk menambah informasi pasien dan keluarga b. Agar keluarga mampu secara mandiri memandikan pasien
7.	Defisit Pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan kognitif, gangguan fungsi kognitif, kekeliruan mengikuti anjuran, kurang terpapar informasi, kurang minat dalam belajar, kurang mampu meningkat,	Tingkat Pengetahuan (L.12111) Ekspektasi : Meningkatkan Kriteria Hasil : a. Perilaku sesuai anjuran meningkat b. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat c. Kemampuan menjelaskan	Edukasi Kesehatan (I.12383) Tindakan : Observasi a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi b. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat	Observasi a. Agar informasi yang disampaikan, tersampaikan dengan jelas b. Untuk memudahkan melakukan tindakan selanjutnya

	<p>ketidaktahuan menemukan sumber informasi dibuktikan dengan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan masalah yang dihadapi 2. Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran 3. Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah 4. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat 5. Menunjukkan perilaku berlebihan (mis. apatis, bermusuhan, agitasi, histeria) 	<p>pengetahuan tentang suatu topik meningkat</p> <ol style="list-style-type: none"> d. Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat e. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun f. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun g. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat menurun h. Perilaku membaik 	<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan b. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan c. Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan b. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat c. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat 	<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Untuk memudahkan dalam pemberian informasi b. Agar informasi yang disampaikan dapat diterima dengan jelas c. Agar pasien keluarga dapat mengerti tentang penyakitnya <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Untuk menambahkan informasi terkait kesehatan b. Untuk menjaga kesehatan c. Untuk mempertahankan kesehatan
8.	<p>Resiko Infeksi dibuktikan dengan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyakit kronis (mis. diabetes melitus) 2. Efek prosedur invasif 3. Malnutrisi 4. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan 5. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer 6. Ketidakadekuatan 	<p>Tingkat Infeksi (L.14137)</p> <p>Ekspektasi : Menurun</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Kebersihan tangan meningkat b. Kebersihan badan meningkat c. Demam menurun d. Kemerahan menurun e. Nyeri menurun f. Bengkak menurun g. Vesikel menurun 	<p>Pencegahan Infeksi (I.14539)</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Batasi jumlah pengunjung b. Berikan perawatan kulit pada area edema c. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Untuk mengetahui adanya infeksi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Mencegah kontaminasi b. Mengurangi infeksi c. Menjaga kebersihan

	pertahanan sekunder tubuh	h. Cairan berbau busuk menurun i. Sputum berwarna hijau menurun j. Drainase purulen menurun k. Piuria menurun l. Periode malaise menurun m. Periode menggigil menurun n. Letargi menurun o. Gangguan kognitif menurun p. Kadar sel darah putih membaik q. Kultur darah membaik r. Kultur urine membaik s. Kultur sputum membaik t. Kultur area luka membaik u. Kultur feses membaik v. Nafsu makan membaik	d. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Edukasi a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi b. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar c. Ajarkan etika batuk d. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi e. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi f. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi a. Kolaborasi pemberian imunisasi, <i>jika perlu</i>	d. Mencegah kontaminasi mikroorganisme Edukasi a. Menambah informasi terkait penyakit yang diderita b. Menjaga kebersihan c. Menjaga diri dan orang lain dari paparan kuman d. Agar pasien dan keluarga mengerti tentang keadaan luka e. Untuk mengurangi risiko infeksi f. Untuk mengurangi risiko infeksi Kolaborasi a. Mencegah infeksi
9.	Resiko Jatuh dibuktikan dengan: 1. Usia ≥ 65 tahun (pada dewasa) atau ≤ 2 tahun (pada anak) 2. Riwayat jatuh	Tingkat Jatuh (L.14138) Ekspektasi : Menurun Kriteria Hasil : a. Jatuh dari tempat tidur menurun b. Jatuh saat berdiri	Pencegahan Jatuh (I.14540) Tindakan : Observasi a. Identifikasi faktor risiko jatuh (mis. usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif,	Observasi a. Untuk mengetahui hal-hal yang menyebabkan pasien jatuh

3. Anggota gerak bawah prosthesis (buatan) 4. Penurunan alat bantu berjalan 5. Penurunan tingkat kesadaran 6. Perubahan fungsi kognitif 7. Lingkungan tidak aman (mis. licin, gelap, lingkungan asing) 8. Kondisi pasca operasi 9. Hipotensi ortostatik 10. Perubahan kadar glukosa darah 11. Anemia 12. Kekuatan otot menurun 13. Gangguan pendengaran 14. Gangguan keseimbangan 15. Gangguan penglihatan (mis. glaukoma, katarak, ablasio retina, neuritis optikus) 16. Neuropati 17. Efek agen farmakologis (mis. sedasi, alkohol, anastesi umum)	menurun c. Jatuh saat duduk menurun d. Jatuh saat berjalan menurun e. Jatuh saat dipindahkan menurun f. Jatuh saat naik tangga menurun g. Jatuh saat di kamar mandi menurun h. Jatuh saat membungkuk menurun	hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) b. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi c. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. lantai licin, penerangan kurang) d. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis. <i>Fall Morse Scale</i> , <i>Humpty Dumpty Scale</i>), jika perlu e. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya Terapeutik a. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga b. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci c. Pasang <i>handrail</i> tempat tidur d. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah e. Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari <i>nurse station</i>	b. Mencegah pasien jatuh dari tempat tidur c. Menringankan faktor risiko jatuh d. Untuk mengetahui tingkat risiko jatuh pasien e. Untuk mengurangi risiko jatuh Terapeutik a. Agar pasien dan keluarga mengenal ruangan yang ditempati b. Agar pasien tidak jatuh dari tempat tidur c. Untuk mengurangi risiko jatuh d. Meringankan cedera ketika pasien jatuh dari tempat tidur e. Untuk mengurangi risiko jatuh f. Untuk membantu pasien
--	--	--	---

			<p>f. Gunakan alat bantu berjalan (mis. kursi roda, <i>walker</i>)</p> <p>g. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien</p> <p>Edukasi</p> <p>a. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</p> <p>b. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin</p> <p>c. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh</p> <p>d. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri</p> <p>e. Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat</p>	<p>beraktivitas dan mengurangi risiko tinggi jatuh</p> <p>g. Agar pasien dapat meminta bantuan kepada perawat</p> <p>Edukasi</p> <p>a. Untuk mengurangi risiko pasien jatuh</p> <p>b. Mengurangi risiko jatuh</p> <p>c. Agar pasien tidak mudah jatuh</p> <p>d. Mengurangi risiko jatuh</p> <p>e. Untuk memanggil perawat jika memerlukan bantuan</p>
--	--	--	--	--

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan klien secara optimal. Pada tahap ini perawat menerapkan pengetahuan intelektual, kemampuan hubungan antar manusia (komunikasi) dan kemampuan teknis keperawatan, penemuan perubahan sistem tubuh, pemantapan hubungan pasien dengan lingkungan, implementasi pesan tim medis serta mengupayakan rasa aman, nyaman dan keselamatan pasien (Sudarmanto, 2018).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan perbandingan yang sistemik dan terencana mengenai kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan dan dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Penilaian dalam keperawatan bertujuan untuk mengatasi pemenuhan kebutuhan pasien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan (Sudarmanto, 2018).

C. Pendekatan Teori Keperawatan yang Digunakan

Pendekatan teori keperawatan yang digunakan yaitu teori keperawatan Orem. Menurut Orem, asuhan keperawatan dilakukan dengan keyakinan bahwa setiap individu mempelajari kemampuan untuk merawat diri sendiri sehingga membantu individu memenuhi kebutuhan hidupnya, memelihara kesehatan dan kesejahteraan, teori ini dikenal sebagai teori self care. Aplikasi dari teori Self Care Orem (2001) disesuaikan dengan penerapannya pada kondisi pasien, merupakan suatu kemampuan individu untuk memprakarsai dirinya dalam melakukan perawatan secara mandiri dan untuk mempertahankan kesehatannya.

Penerapan teori self care Orem dalam asuhan keperawatan pasien fraktur ekstremitas bawah yang menekankan kemandirian, dimulai dari pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi dan implementasi keperawatan serta evaluasi. Orem mengemukakan bahwa proses keperawatan adalah istilah yang digunakan perawat untuk menunjukkan profesionalisme dalam praktek keperawatan mulai dari perencanaan sampai dengan evaluasi.

Penerapan teori Orem's *self care* pada kasus fraktur ini telah diterapkan sebagai suatu pendekatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada Tn. B dengan post op OREF Open Fraktur 1/3 distal tibia fibula. Pengkajian perawatan dengan menggunakan pola pengkajian dari Orem yang terdiri dari *Basic conditioning factor* merupakan pengumpulan data dasar secara umum yaitu nama, umur, gender, status perkembangan, status kesehatan sampai dengan sistem pelayanan kesehatan yang sering digunakan pasien. Dari faktor usia dapat dikaitkan dengan kejadian fraktur di dominasi oleh usia produktif, begitu juga pada kasus Tn. B (57 tahun) yang masih berada pada rentang usia produktif.

Penerapan pengkajian data *therapeutic self care demand* yang terdiri dari *universal self care*, *development self care requisites*, dan *health deviation self care requisites*. Pada *universal self care* yang menggali kebutuhan fisiologis dan psikologis, dimana kebutuhan fisiologis pada teori ini dikaji untuk mengetahui keadekuatan organ dan fungsi dari pemeliharaan kebutuhan oksigen, cairan, nutrisi, eliminasi, keseimbangan aktivitas dan istirahat. Pada pasien ini, adekuat berarti tidak bermasalah, hanya dalam penyediaannya pasien memerlukan bantuan. Untuk mengembangkan diri dalam kelompok sosial dan mengenal keterbatasan pribadi dan bagaimana harapan untuk

kembali normal. Pasien berharap pulih secepatnya dan kembali normal seperti sebelum sakit.

D. Evidence Based Nursing

1. Judul: Perawatan Luka Dengan Sofratulle Pada Pasien Post Operasi Vesikolithotomy Hari Ke Vii Di Ruang Dahlia Rumah Sakit Umum Ra. Kartini Jepara

Penulis: A. Supriyanto, Jamaluddin

Tahun terbit: 2016

- a. Pengertian

Perawatan luka yang efektif merupakan suatu penanganan luka yang terdiri atas pembersihan luka, menutup, dan membalut kembali luka sehingga dapat membantu proses penyembuhan luka.

- b. Tujuan

Larutan irigasi NaCl 0,9% dapat digunakan untuk mengatasi iritasi pada luka, dan juga merupakan cairan garam fisiologis baik digunakan untuk pembersih, pembasuh dan kompres pada luka. Sofra tulle ini merupakan sebagai topical, fungsinya mempercepat pembentukan granulasi atau jaringan baru pada luka, dan juga dapat mempercepat proses penyembuhan luka.

- c. Indikasi

Indikasi pemberian Sofra Tulle adalah adanya luka yang disebabkan panas, traumatic, (terpukul, teriris, dan luka bekas operasi), ulseratif, keadaan kulit terinfeksi, elektif dan sekunder.

- d. Kontraindikasi

Kontraindikasi dari pemberian sofratulle adalah adanya alergi terhadap framisetin (organisme resisten terhadap framisetin).

- e. Prosedur pemberian dan rasionalisasi
 - 1) Lepaskan balutan dan plester secara perlahan
 - 2) Bersihkan luka dengan cairan NaCl 0,9% serta angkat jaringan nekrotik yang terdapat pada luka
 - 3) Setelah luka dibersihkan, tutup dengan *sofratulle* yang mengandung *framycetin*
 - 4) Kemudian tutup kembali dengan kassa
 - 5) Lalu fiksasi dengan menggunakan verban elastis
- f. Kriteria evaluasi
 - 1) Kondisi luka bersih
 - 2) Tidak ada tanda-tanda infeksi

Infeksi adalah penyakit yang disebabkan oleh mikroba patogen dan bersifat sangat dinamis. Berikut tanda-tanda infeksi menurut morison (2003) yaitu: bengkak, kemerahan, eksudat/pus, letak nyeri, intensitas nyeri, bau.

2. Judul: Perbedaan Efektifitas Madu dan Kasa dengan antibiotik *framycetin sulfate* Terhadap Penyembuhan Luka Diabetik pada Pasien Diabetes Melitus

Penulis: Awaluddin, Anita Syarifah, Nurhayatina

Tahun terbit: 2019

- a. Pengertian

Luka diabetik merupakan faktor yang menyebabkan masalah biologis, psikologis, sosial, spiritual dan ekonomi sampai kematian karena sepsis.
- b. Tujuan

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis perbedaan efektivitas madu dan sofratulle terhadap proses penyembuhan luka diabetik pasien diabetes melitus tipe 2 di RS Bhayangkara Pekanbaru.

c. Indikasi

Indikasi pemberian Sofra Tulle adalah adanya luka yang disebabkan panas, traumatic, (terpukul, teriris, dan luka bekas operasi), ulseratif, keadaan kulit terinfeksi, elektif dan sekunder.

d. Kontraindikasi

Kontraindikasi dari pemberian sofratulle adalah adanya alergi terhadap framisetin (organisme resisten terhadap framisetin).

e. Prosedur pemberian dan rasionalisasi

- 1) Lepaskan balutan dan plester secara perlahan
- 2) Bersihkan luka dengan cairan NaCl 0,9% serta angkat jaringan nekrotik yang terdapat pada luka
- 3) Setelah luka dibersihkan, tutup dengan *sofratulle* yang mengandung *framycetin*
- 4) Kemudian tutup kembali dengan kassa
- 5) Lalu fiksasi dengan menggunakan verban elastis

f. Kriteria evaluasi

- 1) Kondisi luka bersih
- 2) Tidak ada tanda-tanda infeksi

3. Judul: Penerapan Metoda Perawatan Luka Bakar Dengan Menggunakan Prontosan dan NaCl 0,9% Terhadap Penyembuhan Luka Bakar Terinfeksi

Penulis: Yulida S

Tahun terbit: 2014

a. Pengertian

Perawatan luka bakar adalah perawatan kerusakan lapisan kulit yang disebabkan oleh panas dengan menggunakan NaCl 0,9% dengan kombinasi dengan sofratulle dan prontosan.

b. Tujuan

Sebagai upaya meningkatkan kualitas perawatan, berdampak terhadap waktu perawatan.

c. Indikasi

Indikasi pemberian Sofra Tulle adalah adanya luka yang disebabkan panas, traumatic, (terpukul, teriris, dan luka bekas operasi), ulseratif, keadaan kulit terinfeksi, elektif dan sekunder.

d. Kontraindikasi

Kontraindikasi dari pemberian sofratulle adalah adanya alergi terhadap framisetin (organisme resisten terhadap framisetin).

e. Prosedur pemberian dan rasionalisasi

- 1) Lepaskan balutan dan plester secara perlahan
- 2) Bersihkan luka dengan cairan NaCl 0,9% serta angkat jaringan nekrotik yang terdapat pada luka
- 3) Setelah luka dibersihkan, tutup dengan *sofratulle* yang mengandung *framycetin*
- 4) Kemudian tutup kembali dengan kassa
- 5) Lalu fiksasi dengan menggunakan verban elastis

f. Kriteria evaluasi

- 1) Kondisi luka bersih
- 2) Tidak ada tanda-tanda infeksi

Infeksi adalah penyakit yang disebabkan oleh mikroba patogen dan bersifat sangat dinamis. Berikut tanda-tanda infeksi menurut morison (2003) yaitu: bengkak, kemerahan, eksudat/pus, letak nyeri, intensitas nyeri, bau.



BAB III

LAPORAN KASUS

A. Pengkajian Keperawatan

1. Identitas Pasien

Inisial Pasien	:	Tn. "B"
Umur	:	57 tahun
Pendidikan	:	S-1
Pekerjaan	:	Petani
Suku	:	Makassar
Agama	:	Islam
Alamat	:	Ujung Bori, Takalar
Sumber Informasi	:	Pasien dan Keluarga
Ruang Rawat Inap	:	Baji Kamase
No. Rekam Medik	:	391008
Diagnosa Medis	:	Post op OREF Open fraktur 1/3 tibia et fibula distal sinistra
Tanggal/Jam Masuk	:	10 Maret 2021/Pukul 20.15 WITA
Tanggal/Jam Pengkajian	:	16 Maret 2021/Pukul 17.30 WITA
Cara Masuk ke RS	:	Menggunakan Brankar
Kiriman dari RS	:	RSUD. H. Padjonga Dg Ngalle, Takalar
Pindahan dari Ruangan	:	IGD RSUD. Labuang Baji, Makassar

2. Riwayat Kesehatan

Keluhan utama	:	Nyeri
Keluhan saat ini	:	<p>Pasien mengatakan masih nyeri pada kaki sebelah kiri. Pasien mengeluhkan kesulitan bergerak akibat kakinya yang telah operasi pemasangan OREF. Pasien mengatakan kesulitan bergerak sehingga hanya dapat beraktivitas diatas tempat tidur. Pasien mengatakan tidak nafsu makan dan hanya mampu makan sebanyak 2 sendok makan setiap kali makan.</p> <p>Pasien tampak lemah. Pasien tampak tirah baring. Tampak kaki kiri pasien disanggah oleh selimut. Tampak kaki kiri pasien terbungkus elastis perban.</p>
Pernah di opname di RS	:	Pasien mengatakan pernah di opname di RS 3 tahun yang lalu
Pernah mendapat pengobatan	:	Diagnosa thypoid
BB sebelum sakit	:	60 kg
Pernah operasi	:	Iya, pada tanggal 12 Maret 2021
Nama operasi	:	Eksternal fiksasi tibia sinistra + debridement

Pasca operasi hari ke-	:	3
------------------------	---	---

3. Keadaan Umum

Kesadaran	:	Compos Mentis
GCS	:	15 (E ₄ V ₅ M ₆)
Pasien mengerti tentang penyakitnya	:	Pasien mengatakan mengerti tentang penyakitnya

4. Kebutuhan Dasar

a. Rasa Nyaman Nyeri

Suhu	:	36,5°C
Nyeri		
P (Provokatif)	:	Pasien mengatakan nyeri saat menggerakkan jari-jari kaki sebelah kiri
Q (Quality)	:	Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk
R (Regio)	:	Ekstremitas bawah sebelah kiri yang terpasang OREF
S (Skala)	:	3 (ringan)
T (Time)	:	Pasien mengatakan nyeri menetap
Gambaran Nyeri	:	Pasien mengatakan nyeri post operasi pada kaki sebelah kiri yang terpasang OREF. Pasien mengatakan nyerinya masih dapat ditahan. Pasien mengatakan nyeri saat menggerakkan jari-jari kaki sebelah kiri. Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk
Respon Emosional	:	Pasien tampak meringis saat ganti verband Pasien mengatakan takut untuk melihat lukanya saat diganti verband
Masalah Keperawatan	:	Nyeri Akut

b. Nutrisi

TB	:	170 cm
LILA (saat sakit)	:	27 cm
IMT (saat sakit)	:	92,15% (Kategori Normal)
IMT (sebelum sakit)	:	20,76 (Kategori Normal)
Kebiasaan makan		
Sebelum sakit	:	Keluarga pasien mengatakan, pasien tidak terbiasa sarapan dengan makanan berat dan hanya makan dengan porsi besar 2x sehari. Pasien mengatakan setiap makan dengan menu nasi, sayur dan ikan.
Saat sakit	:	Keluarga pasien mengatakan, pasien hanya mampu menghabiskan 2 sendok bubur

		yang diberikan setiap kali makan. Pasien mengatakan tidak mampu menghabiskan porsi makanan yang diberikan. Tampak makanan pasien tidak dihabiskan
Pembesaran tiroid	:	Tidak tampak pembesaran tiroid Tidak teraba adanya pembesaran tiroid
Kondisi gigi	:	Tampak gigi yang masih tersisa adalah caninus, insisivus lateralis, insisivus centralis yang terletak pada maxilla
Penampilan lidah	:	Lidah tampak berwarna putih
Bising usus	:	6x/menit
Terpasang infus	:	Pasien tampak terpasang infus di punggung tangan sebelah kanan
Jenis cairan infus	:	NaCl 0,9%
Infus terpasang sejak	:	10 Maret 2021
Porsi makan yang dihabiskan	:	Keluarga pasien mengatakan, pasien hanya mampu menghabiskan 2 sendok bubur yang diberikan setiap kali makan
Makanan yang disukai	:	Pasien mengatakan makanan yang disukai adalah ubi jalar, ubi kayu dan pasien suka meminum kopi
Diet	:	Pasien tidak melakukan diet khusus
Masalah Keperawatan	:	Tidak ada masalah keperawatan

c. Kebersihan Perorangan

Kebiasaan mandi		
Sebelum sakit	:	Pasien mengatakan mandi sebanyak 3x sehari
Saat sakit	:	Pasien mengatakan belum pernah mandi selama berada di RS. Keluarga pasien mengatakan selama di RS, pasien hanya dibersihkan badannya menggunakan washlap 1x sehari
Cuci rambut		
Sebelum sakit	:	Pasien mengatakan cuci rambut sebanyak 2x dalam seminggu
Saat sakit	:	Pasien mengatakan selama di rumah sakit belum pernah mencuci rambutnya
Kebiasaan gosok gigi		
Sebelum sakit	:	Pasien mengatakan menggosok gigi sebanyak 3x sehari
Saat sakit	:	Pasien mengatakan selama di rumah sakit belum pernah menggosok gigi
Kebersihan rambut	:	Rambut pasien tampak kotor dan berminyak

Keadaan rambut	:	Rambut pasien tampak beruban
Keadaan kulit kepala	:	Kulit kepala tampak kotor karena ketombe
Keadaan kuku	:	Kuku tampak berwarna kehitaman
Keadaan luka	:	Luka post operatif pemasangan OREF di ekstremitas bawah sinistra tampak tertutup elastis perban Tampak luka masih basah Tampak adanya kerusakan pada lapisan kulit Tampak ada ulat didekat hecting saat dilakukan perawatan luka Tampak ada hecting Tampak banyak jaringan nekrosis
Masalah Keperawatan	:	1) Defisit Perawatan Diri 2) Gangguan Integritas Kulit

d. Cairan

Kebiasaan minum		
Sebelum sakit	:	Pasien mengatakan kebiasaan minum sebanyak $\pm 1,5$ liter/hari
Saat sakit	:	Pasien mengatakan kebiasaan minum sebanyak ± 1 liter/hari
Turgor kulit	:	Turgor kulit elastis
Punggung kuku	:	Tampak berwarna kehitaman
Pengisian kapiler	:	< 2 detik
Mata cekung	:	Tampak mata tidak cekung
Konjungtiva	:	Tampak konjungtiva tidak anemis
Sklera	:	Tampak sklera tidak ikterik, tampak sklera berwarna putih
Distensi vena jugularis	:	Tidak ada distensi vena jugularis
Terpasang infus	:	Tampak terpasang infus di punggung tangan sebelah kanan
Jumlah	:	20 tetes/menit
Masalah Keperawatan	:	Tidak ada masalah keperawatan

e. Aktivitas dan Latihan

Aktivitas waktu luang		
Sebelum sakit	:	Pasien mengatakan aktivitasnya sehari-hari adalah bertani
Saat sakit	:	Pasien mengatakan tidak boleh bergerak oleh dokternya Pasien tampak tirah baring
Kesulitan bergerak	:	Pasien mengatakan dengan adanya larangan itu, pasien menjadi kesulitan untuk bergerak
Rentang gerak	:	Pasien mengatakan rentang geraknya

		menjadi terbatas
Pelaksanaan aktivitas	:	Total care
Jenis aktivitas yang dibantu	:	Keluarga pasien mengatakan jenis aktivitas pasien yang dibantu seperti makan dan minum, personal hygiene (washlap badan 1x sehari), eliminasi urine (menggunakan pispot)
Kekuatan otot		5 5 1 5
Masalah Keperawatan	:	Gangguan Mobilitas Fisik

f. Eliminasi

Kebiasaan BAB		
Sebelum sakit	:	Pasien mengatakan BAB 1x sehari
Saat sakit	:	Pasien mengatakan saat perjalanan ke rumah sakit sempat BAB 1x, tetapi saat dilakukan pengkajian, pasien mengatakan belum pernah lagi BAB
Kebiasaan BAK		
Sebelum sakit	:	Pasien mengatakan BAK 3x sehari
Saat sakit	:	Pasien mengatakan BAK di pispot sebanyak 3x sehari, peristaltik usus 6 x/menit
Keluhan BAK saat ini	:	Pasien mengatakan tidak ada keluhan BAK
Terpasang kateter urine	:	Tidak tampak terpasang kateter urine
Masalah Keperawatan	:	Konstipasi

g. Oksigenasi

Nadi	:	78x/menit
Pernapasan	:	18x/menit
TD	:	120/80 mmHg
Bunyi Napas	:	Tidak terdengar bunyi napas
Respirasi	:	Irama napas pasien reguler
Sputum	:	Tidak ada sputum
Oksigenasi	:	Tidak tampak terpasang oksigen
Riwayat penyakit	:	Pasien mengatakan pernah dirawat di rumah sakit sekitar 3 tahun yang lalu karena thypoid. Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat jantung, stroke dan diabetes melitus
Merokok	:	Pasien mengatakan merokok, sebanyak 2 bungkus rokok/hari
Masalah Keperawatan	:	Tidak ada masalah keperawatan

h. Tidur dan Istirahat

Kebiasaan tidur		
-----------------	--	--

Sebelum Sakit	:	Sebelum sakit, pasien mengatakan tidur lebih sering pada malam hari, dikarenakan pada siang hari pasien masih bertani di kebun/sawah
Saat Sakit	:	Saat sakit, pasien mengatakan tidur lebih sering pada saat siang dan malam hari.
Lama Tidur		
Sebelum Sakit	:	Malam hari : pasien mengatakan tidur dari pukul 23.00-06.00 (7 jam)
Saat Sakit	:	Malam hari : pasien mengatakan tidur dari pukul 22.00-05.30 (7 jam 30 menit) Siang hari : pasien mengatakan tidur siang selama 2-3 jam
Masalah Keperawatan	:	Tidak ada masalah keperawatan

i. Pencegahan Terhadap Bahaya

Penglihatan	:	Tidak ada keluhan
Pendengaran	:	Tidak ada keluhan
Penciuman	:	Tidak ada keluhan
Perabaan	:	Tidak ada keluhan
Pemeriksaan 12 Nervus Kranialis		
N. I (Olfactory)	:	Mampu mencium bau minyak kayu putih
N. II (Optic)	:	Lapangan pandang pasien normal
N. III (Oculomotor)/ N. IV (Trochlear)/ N. VI (Abducens)	:	Pasien mampu menggerakkan bola matanya keatas dan kebawah
N. V (Trigeminal)	:	Mampu membuka mulut, mampu mengunyah
N. VII (Facial)	:	Tutup matanya normal
N. VIII (Vestibulocochlear)	:	Pendengaran, pasien mampu mendengar dengan jelas
N. IX (Glossopharyngeal)/ N. X (Vagus)	:	Mampu menelan
N. XI (Accessory)	:	Mampu memalingkan kepala dengan tahanan
N. XII (Hypoglossal)	:	Mampu menggerakkan lidah
Masalah Keperawatan	:	Tidak ada masalah keperawatan

j. Neurosensoris

Status mental	:	Terorientasi
Waktu	:	Pasien mengatakan mengetahui hari ini adalah hari senin (hari dilakukan pengkajian adalah hari senin)
Tempat	:	Pasien mengatakan mengetahui sedang berada di RS. Labuang Baji
Orang	:	Pasien mengatakan mengenal keluarga

		yang menjaganya dan bernama Ny. "K"
Kesadaran	:	Composmentis
Memori	:	Pasien mengatakan mampu mengingat kejadian hari ini dan kejadian yang lalu
Kacamata	:	Pasien mengatakan tidak menggunakan kacamata Pasien tidak tampak menggunakan kacamata
Alat bantu dengar	:	Pasien tidak tampak menggunakan alat bantu dengar
Reaksi pupil	:	Isokor kanan dan kiri
Facial drop	:	Tidak
Masalah Keperawatan	:	Tidak ada masalah keperawatan

k. Keamanan

Transfusi darah	:	Iya, saat operasi pemasangan OREF Saat operasi, pasien diberikan transfusi darah sebanyak 4 kantong darah
Fraktur/dislokasi	:	Fraktur 1/3 tibia et fibula distal sinistra
Riwayat cidera kecelakaan	:	Pasien mengatakan dirawat di rumah sakit akibat mengalami kecelakaan tunggal pada tanggal 10 Maret 2021 di jalan raya saat akan pulang ke rumah dari sawah
ROM	:	Pasien mampu melakukan ROM aktif pada kedua ekstremitas atas dan ekstremitas bawah sebelah kanan.
Pemeriksaan Sistem Imun	:	Hasil laboratorium (15 Maret 2021) WBC : $12.91 \times 10^3/\mu\text{L}$ GRA : $12.33 \times 10^3/\mu\text{L}$
Masalah Keperawatan	:	1) Resiko Infeksi

l. Seksualitas

Tidak dilakukan pengkajian

m. Keseimbangan dan Peningkatan Resiko serta Interaksi Sosial

Lama perkawinan	:	Pasien mengatakan telah menikah sejak tahun 1982. Lama perkawinan yaitu selama 39 tahun
Hidup dengan	:	Pasien mengatakan saat ini tinggal serumah dengan istri, 2 orang anak serta 3 orang cucu
Orang pendukung lain	:	Istri dan ke-6 anaknya
Peran dalam struktur keluarga	:	Kepala keluarga, suami dan seorang ayah
Adanya laringektomi	:	Tidak ada
Komunikasi verbal/nonverbal dengan keluarga/orang	:	Pasien mampu berkomunikasi secara verbal kepada keluarga maupun kepada

terdekat lain		perawat
Spiritual		
Sebelum sakit	:	Pasien mengatakan sering shalat 5 waktu dirumah dan ke mesjid saat akan melaksanakan shalat jum'at.
Saat sakit	:	Pasien mengatakan saat dirumah sakit melakukan shalat 5 waktu dengan cara berbaring.
Kegiatan keagamaan	:	Pasien mengatakan tidak mengikuti kegiatan keagamaan di lingkungan tempat tinggalnya
Masalah Keperawatan	:	Tidak ada masalah keperawatan

5. Penyuluhan dan Pembelajaran

Bahasa dominan	:	Bahasa Indonesia. Pasien mengatakan dilingkungan tempat tinggalnya menggunakan bahasa Makassar
Informasi yang telah disampaikan	:	Hak dan kewajiban pasien Petugas yang merawat
Masalah yang telah dijelaskan	:	Perawatan diri di RS Obat-obatan yang diberikan
Faktor resiko keluarga	:	Pasien mengatakan tidak memiliki keluarga dengan riwayat penyakit seperti diabetes melitus, stroke, jantung

6. Pengkajian Resiko Jatuh Dewasa

Faktor Risiko	Skala	Poin	Skor
Riwayat Jatuh	Ya	25	25
	Tidak	0	
Diagnosis (> 2 diagnosis medis)	Ya	15	0
	Tidak	0	
Alat Bantu	Berpegangan pada perabot	30	0
	Tongkat/alat penopang	15	
	Tidak ada/kursi roda/perawat/tirah baring	0	
Terpasang Infus	Ya	20	20
	Tidak	0	
Gaya Berjalan	Terganggu	20	0
	Lemah	10	
	Normal/tirah baring/mobilisasi	0	
Status Mental	Sering lupa akan keterbatasan yang dimiliki	15	0
	Sadar akan kemampuan diri sendiri	0	
		Total	45
Skor 45 : Resiko rendah			

Tingkat Resiko:

Skor 0-24 : Tidak beresiko, Perawatan yang baik

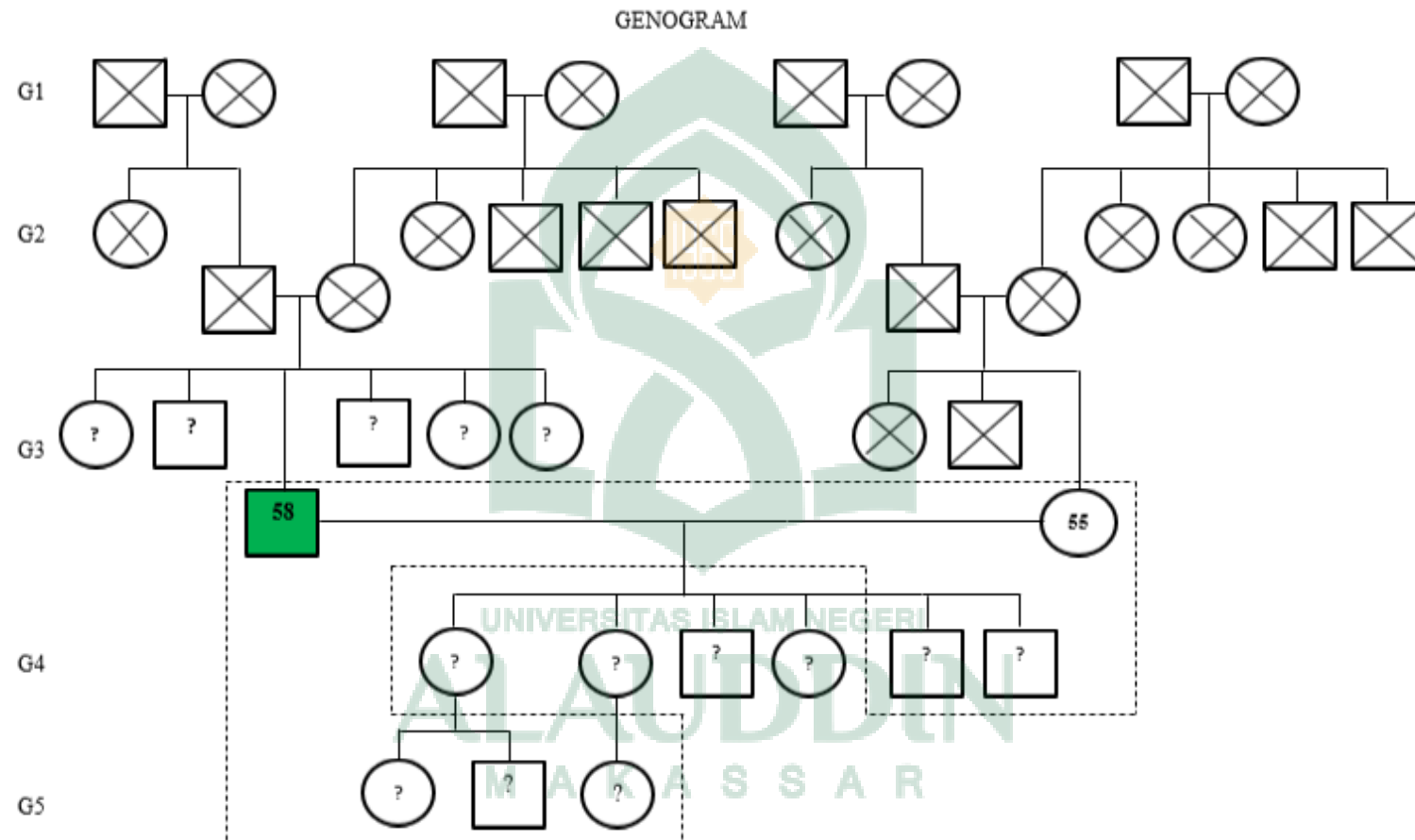
Skor 25-50 : Resiko rendah, Lakukan Intervensi jatuh standar

Skor ≥ 51 : Resiko tinggi, Lakukan Intervensi jatuh risiko tinggi

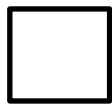
7. Obat yang diresepkan

Obat	Dosis	Waktu	Rute Pemberian	Tujuan
Ceftriaxone	1 gr	12 jam	Intravena	Mengobati dan mencegah infeksi bakteri
Ranitide	50 mg	12 jam	Intravena	Menurun sekresi asam lambung berlebih
Gentamicin	1 amp	8 jam	Intravena	Mengobati dan mencegah infeksi bakteri
Metronidazole	0,5 gr	8 jam	Intravena	Menangani infeksi akibat bakteri atau parasit di sistem reproduksi, saluran pencernaan, kulit, jantung, tulang, sendi, paru-paru, darah, sistem saraf dan daerah tubuh lainnya
Ketorolac	30 mg	8 jam	Intravena	Meredakan peradangan dan nyeri

8. Data Genogram



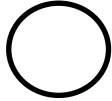
Keterangan:



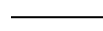
: laki-laki



: garis keturunan



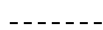
: perempuan



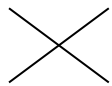
: garis perkawinan



: pasien



: tinggal serumah



: meninggal



: tidak ketahui

G1 : Kakek dan Nenek Tn. B telah meninggal dunia dengan sebab yang tidak diketahui

G2 : Orang tua Tn. B telah meninggal dunia dengan sebab yang tidak diketahui

G3 : Tn. B merupakan anak ke-3 dari 6 bersaudara
Ny. K merupakan anak ke-3 dari 3 bersaudara

G4 : Tn. B dan istri (Ny. K) mempunyai 6 orang anak.

Tn. B dan istri tinggal bersama 2 anaknya dan 3 orang cucunya

1. Data Pemeriksaan Penunjang

a. Hasil Pemeriksaan Radiologi (10 Maret 2021)

Foto Pelvis AP

- 1) Aligment tulang-tulang pelvis baik
- 2) Tulang-tulang intak
- 3) Miveralisasi tulang normal
- 4) SI joint, bilateral & SOP normal

Kesan : Foto pelvis tak tampak kelainan radiologik

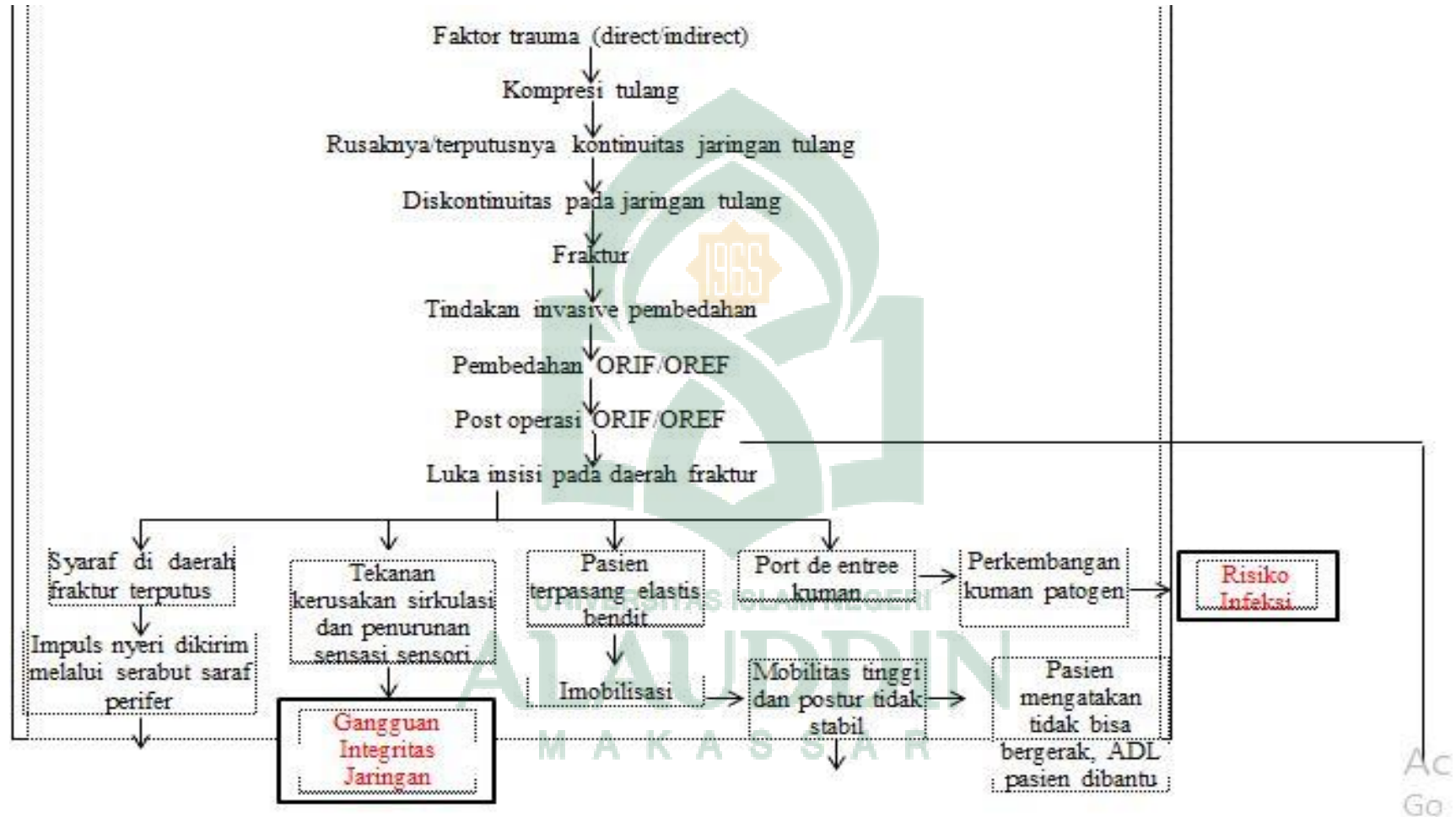
b. Hasil Laboratorium Darah Rutin (15 Maret 2021)

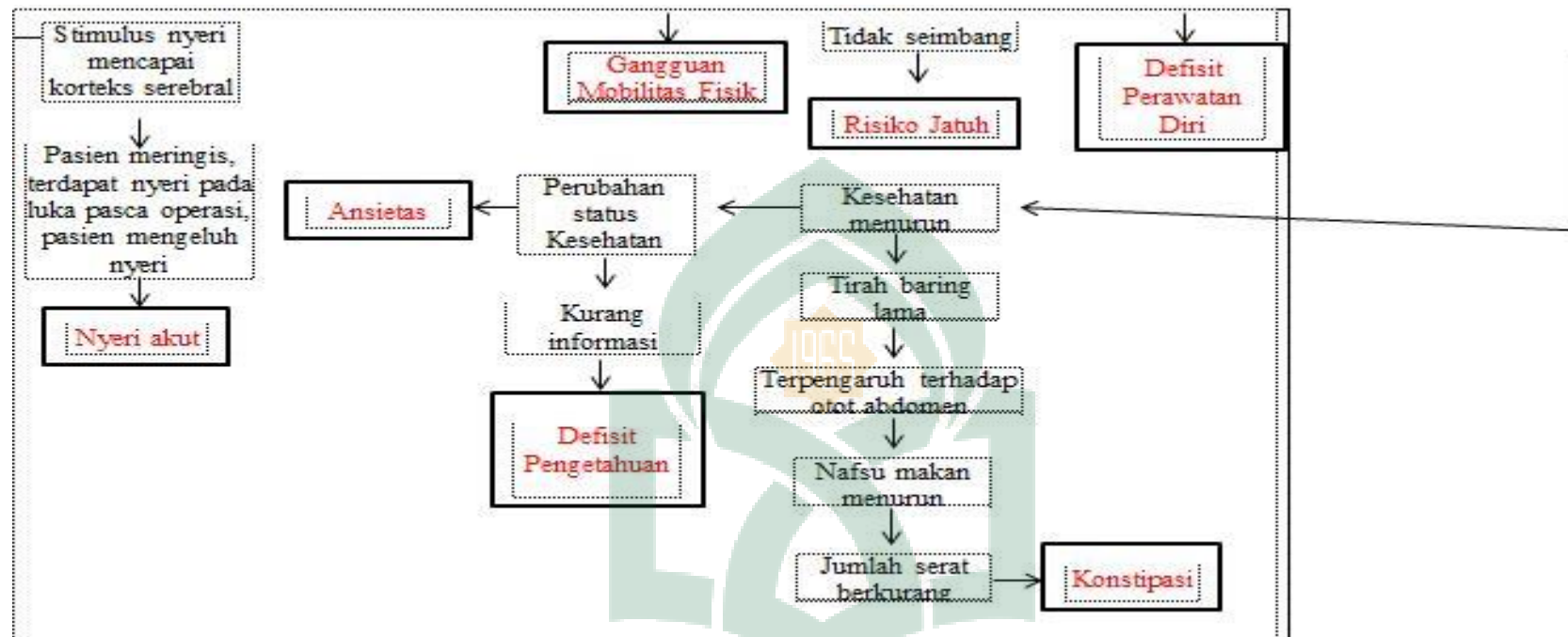
Jenis Pemeriksaan	Hasil	Rujukan	Satuan
WBC	12.91	4.0-10.0	$10^3/uL$
LYM	0.40	0.6-3.5	$10^3/uL$
MON	0.18	0.1-0.9	$10^3/uL$
GRA	12.33	1.3-6.7	$10^3/uL$
*LYM	3.1	20.0-40.0	%
*MON	1.4	2.0-8.0	%
*GRA	95.5	50-70	%
RBC	4.17	3.50-5.50	$10^6/uL$
HGB	11.5	11.0-17.9	g/dl
HCT	34.7	40-50	%
MCV	83.1	80.0-96.0	fL
MCH	27.6	23.2-38.7	Pg
MCHC	33.3	32-37	g/dL
RDW-SD	46.0	37.0-54.0	fL
RDW-CV	13.7	10.0-18.0	%
PLT	313	150-400	$10^3/uL$
PCT	0.255	0.15-0.50	%
MPV	8.2	6.5-11.0	fL
PDW	16.3	10.0-18.0	fL
P-LCR	14.9	13.0-43.0	%

c. Hasil Laboratorium (15 Maret 2021) Kesan : Hipoalbuminemia

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Rujukan	Satuan
Albumin	2.80	3.3 – 5.0	g/dL
Glukosa Darah Sewaktu	139	< 200	mg/dL

9. Patofisiologi dan Penyimpangan KDM





refernsi: Nurarif & Hardi (2015), Wijaya (2013)

10. Kategori dan Sub Kategori

KATEGORI DAN SUB KATEGORI		DATA SUBJEKTIF DAN OBJEKTIF
FISIOLOGI	RESPIRASI	Tidak ada masalah
	SIRKULASI	Tidak ada masalah
	NUTRISI DAN CAIRAN	<p>a. Keluarga pasien mengatakan, pasien hanya mampu menghabiskan 2 sendok bubur yang diberikan setiap kali makan.</p> <p>b. Pasien mengatakan tidak mampu menghabiskan porsi makanan yang diberikan.</p> <p>c. Tampak makanan pasien tidak dihabiskan</p>
	ELIMINASI	<p>a. Pasien mengatakan saat perjalanan ke rumah sakit sempat BAB 1x, tetapi saat dilakukan pengkajian, pasien mengatakan belum pernah lagi BAB</p> <p>b. Sebelum sakit, keluarga pasien mengatakan, pasien tidak terbiasa sarapan dengan makanan berat dan hanya makan dengan porsi besar 2x sehari. Pasien mengatakan setiap makan dengan menu nasi, sayur dan ikan.</p> <p>c. Saat sakit, keluarga pasien mengatakan, pasien hanya mampu menghabiskan 2 sendok bubur yang diberikan setiap kali makan.</p> <p>d. Peristaltik usus 6x/menit</p>

	AKTIVITAS DAN ISTIRAHAT	<p>a. Pasien mengatakan tidak boleh bergerak oleh dokternya</p> <p>b. Pasien tampak tirah baring</p> <p>c. Pasien mengatakan dengan adanya larangan itu, pasien menjadi kesulitan untuk bergerak</p> <p>d. Pasien mengatakan rentang geraknya menjadi terbatas</p> <p>e. Keluarga pasien mengatakan jenis aktivitas pasien yang dibantu seperti makan dan minum, personal hygiene (washlap badan 1x sehari), eliminasi urine (menggunakan pispot)</p> <p>f. Kekuatan otot $\begin{array}{r l} 5 & 5 \\ \hline 1 & 5 \end{array}$</p>
	NEUROSENSORY	Tidak ada masalah keperawatan
	REPRODUKSI DAN SEKSUALITAS	Tidak dilakukan pengkajian
PSIKOLOGIS	NYERI DAN KENYAMAN	<p>a. P (Provokatif) : Pasien mengatakan nyeri saat menggerakkan jari-jari kaki sebelah kiri</p> <p>b. Q (Quality) : Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk</p> <p>c. R (Regio) : Ekstremitas bawah sebelah kiri yang terpasang OREF</p> <p>d. S (Skala) : 3 (ringan)</p> <p>e. T (Time) : Pasien mengatakan nyeri menetap</p> <p>f. Pasien mengatakan nyeri post operasi pada kaki</p>

		<p>sebelah kiri yang terpasang OREF.</p> <p>g. Pasien mengatakan nyerinya masih dapat ditahan.</p> <p>h. Pasien tampak meringis saat ganti verband</p>
	INTEGRITAS EGO	Tidak ada masalah keperawatan
	PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN	Tidak ada masalah keperawatan
PERILAKU	KEBERSIHAN DIRI	<p>a. Pasien mengatakan belum pernah mandi selama berada di RS.</p> <p>b. Keluarga pasien mengatakan selama di RS, pasien hanya dibersihkan badannya menggunakan washlap 1x sehari</p> <p>c. Pasien mengatakan selama di rumah sakit belum pernah mencuci rambutnya</p> <p>d. Pasien mengatakan selama di rumah sakit belum pernah menggosok gigi</p> <p>e. Rambut pasien tampak kotor dan berminyak</p> <p>f. Kulit kepala tampak kotor karena ketombe</p> <p>g. Luka post operatif pemasangan OREF di ekstremitas bawah sinistra tampak tertutup elastis perban</p> <p>h. Tampak luka masih basah</p> <p>i. Tampak adanya kerusakan pada lapisan kulit</p> <p>j. Tampak ada ulat didekat hecting saat dilakukan perawatan luka</p>

		k. Tampak ada hecting l. Tampak banyak jaringan nekrosis
	PENYULUHAN DAN PEMBELAJARAN	Tidak ada masalah keperawatan
RELASIONAL	INTERAKSI SOSIAL	Tidak ada masalah keperawatan
LINGKUNGAN	KEAMANAN DAN PROTEKSI	a. Usia 57 tahun b. Kondisi pasca operasi hari ke-3 pemasangan OREF pada ekstremitas bawah sebelah kiri c. Pengkajian resiko jatuh dewasa dengan skor 45 (risiko rendah) d. Kekuatan otot ekstremitas bawah sebelah kiri menurun dengan skor 1 e. Fraktur 1/3 tibia et fibula distal sinistra f. Pasien mengatakan dirawat dirumah sakit akibat mengalami kecelakaan tunggal pada tanggal 10 Maret 2021 di jalan raya saat akan pulang ke rumah dari sawah g. Hasil laboratorium (15 Maret 2021) 1) WBC : $12.91 \times 10^3/\mu\text{L}$ 2) GRA : $12.33 \times 10^3/\mu\text{L}$

ANALISA DATA

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH KEPERAWATAN
1.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan masih sedikit nyeri pada kaki yang sudah dioperasi P: Klien mengatakan nyeri karena kakinya patah dan sudah dioperasi Q: Klien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti dikerumuni semut R: Klien mengatakan nyeri pada kaki kiri bawah S : Klien mengatakan skala nyeri 3 (NRS) T : Klien mengatakan nyeri terasa hilang timbul dengan durasi 1-3 menit Klien mengatakan nyerinya akan semakin bertambah ketika lukanya selesai dibersihkan. <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Terdapat luka post op ORIF open fraktur tibia fibula distal sinistra Klien nampak meringis TTV: <ul style="list-style-type: none"> TD: 120/80 mmHg N: 73 x/menit P: 18 x/menit S: 36,1 °C 	<p>Faktor trauma (direct/indirect)</p> <p>↓</p> <p>Kompresi tulang</p> <p>↓</p> <p>Rusaknya/terputusnya kontinuitas jaringan tulang</p> <p>↓</p> <p>Diskontinuitas pada jaringan tulang</p> <p>↓</p> <p>Fraktur</p> <p>↓</p> <p>Tindakan invasive pembedahan</p> <p>↓</p> <p>Pembedahan ORIF/OREF</p> <p>↓</p> <p>Post operasi ORIF/OREF</p> <p>↓</p> <p>Luka insisi pada daerah fraktur</p> <p>↓</p> <p>Syaraf di daerah fraktur terputus</p> <p>↓</p> <p>Implus nyeri mencapai korteks serebral</p> <p>↓</p> <p>Pasien meringis, pasien mengeluh nyeri, terdapat nyeri pada luka pasca operasi</p> <p>↓</p> <p>Nyeri Akut</p>	Nyeri Akut

2.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan ada luka pada ekstremitas bawah sebelah kiri <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasca operasi: ORIF Open fraktur 1/3 tibia et fibula distal Klien nampak meringis Terdapat eksudat di sekitar luka Luka nampak berwarna merah kehitaman, Nampak ada ulat kecil dan muncul bulla di sekitar luka dan punggung kaki sebelah kiri Foto Cruris (s) AP/Lat: (12/3/2021) Fraktur os tibia et fibula (L) 1/3 tengah 	<p>Faktor trauma (direct/indirect)</p> <p>↓</p> <p>Kompresi tulang</p> <p>↓</p> <p>Rusaknya/terputusnya kontinuitas jaringan tulang</p> <p>↓</p> <p>Diskontinuitas pada jaringan tulang</p> <p>↓</p> <p>Fraktur</p> <p>↓</p> <p>Tindakan invasive pembedahan</p> <p>↓</p> <p>Pembedahan ORIF/OREF</p> <p>↓</p> <p>Post operasi ORIF/OREF</p> <p>↓</p> <p>Luka insisi pada daerah fraktur</p> <p>↓</p> <p>Tekanan merusakkan sirkulasi dan penurunan sensasi sensori</p> <p>↓</p> <p>Gangguan Integritas Jaringan</p>	Gangguan integritas jaringan
3.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan sulit menggerakkan ekstremitas bawah bagian kiri Klien mengatakan hampir seluruh aktivitas dibantu oleh keluarga Klien mengatakan susah bergerak Klien mengatakan sulit bergerak dan hanya bisa beraktivitas di atas tempat tidur, <p>DO:</p>	<p>Faktor trauma (direct/indirect)</p> <p>↓</p> <p>Kompresi tulang</p> <p>↓</p> <p>Rusaknya/terputusnya kontinuitas jaringan tulang</p> <p>↓</p> <p>Diskontinuitas pada jaringan tulang</p> <p>↓</p> <p>Fraktur</p> <p>↓</p>	Gangguan Mobilitas Fisik

	<ul style="list-style-type: none"> Klien nampak lemah dan tidak sanggup menopang badannya terlalu lama Kekuatan otot : Menurun $\begin{array}{c c} 5 & 5 \\ \hline 5 & 1 \end{array}$ <ul style="list-style-type: none"> Tonus otot: Menurun Rentang gerak terbatas Pelaksanaan aktivitas: Parsial Pasca operasi: OREF Open fraktur 1/3 tibia et fibula distal 	<p>Tindakan invasiye pembedahan</p> <p>↓</p> <p>Pembedahan ORIF/OREF</p> <p>↓</p> <p>Post operasi ORIF/OREF</p> <p>↓</p> <p>Luka insisi pada daerah fraktur</p> <p>↓</p> <p>Pasien terpasang elastis bendit</p> <p>↓</p> <p>Pasien mengatakan tidak bisa bergerak bebas, ADL pasien dibantu</p> <p>↓</p> <p>Gangguan Mobilitas Fisik</p>	
4.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan belum pernah BAB selama dirawat di rumah sakit, Isteri klien mengatakan sejak sakit klien hanya mampu menghabiskan 2-3 sendok bubur yang diberikan setiap jam makan. Klien mengatakan tidak mampu menghabiskan porsi makanan yang diberikan. Klien mengatakan tidak mau BAB karena tidak mau merepotkan keluarga yang menjaganya 	<p>Faktor trauma (direct/indirect)</p> <p>↓</p> <p>Kompresi tulang</p> <p>↓</p> <p>Rusaknya/terputusnya kontinuitas jaringan tulang</p> <p>↓</p> <p>Diskontinuitas pada jaringan tulang</p> <p>↓</p> <p>Fraktur</p> <p>↓</p> <p>Tindakan invasiye pembedahan</p> <p>↓</p> <p>Pembedahan ORIF/OREF</p> <p>↓</p> <p>Post operasi ORIF/OREF</p> <p>↓</p> <p>Kesehatan menurun</p> <p>↓</p> <p>Tirah baring lama</p> <p>↓</p> <p>Terpengaruh oleh otot abdomen</p> <p>↓</p> <p>Nafsu makan menurun</p> <p>↓</p> <p>Jumlah serat berkurang</p> <p>↓</p>	Konstipasi

	<ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan kurang nafsu makan <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> TB: 165 cm BB: 53 Kg Makanan pasien nampak tidak dihabiskan 	Konstipasi	
5.	<p>Faktor risiko:</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien terpasang infus Pasca operasi: OREF Open fraktur 1/3 tibia et fibula dist 	<p>Faktor trauma (direct/indirect)</p> <p>↓</p> <p>Kompresi tulang</p> <p>↓</p> <p>Rusaknya/terputusnya kontinuitas jaringan tulang</p> <p>↓</p> <p>Diskontinuitas pada jaringan tulang</p> <p>↓</p> <p>Fraktur</p> <p>↓</p> <p>Tindakan invasive pembedahan</p> <p>↓</p> <p>Pembedahan ORIF/OREF</p> <p>↓</p> <p>Post operasi ORIF/OREF</p> <p>↓</p> <p>Luka insisi pada daerah fraktur</p> <p>↓</p> <p>Port de entree kuman</p> <p>↓</p> <p>perkembangan kuman patogen</p> <p>↓</p>	Risiko Infeksi

		Risiko Infeksi	
6.	<p>Faktor risiko:</p> <ul style="list-style-type: none">• Klien mengatakan sulit menggerakkan ekstremitas bawah bagian kiri• Klien mengatakan hampir seluruh aktivitas dibantu oleh keluarga• Klien mengatakan susah bergerak• Klien mengatakan sulit bergerak dan hanya bisa beraktivitas di atas tempat tidur,• Klien nampak lemah dan tidak sanggup menopang badannya terlalu lama• Kekuatan otot : Menurun <div><div>55</div><div>51</div></div> <ul style="list-style-type: none">• Tonus otot: Menurun <div><div>↓↓</div><div>↓↓</div></div> <ul style="list-style-type: none">• Rentang gerak terbatas• Pelaksanaan aktivitas : Parsial• Pasca operasi: OREF Open fraktur 1/3 tibia et fibula distal	<p>Faktor trauma (direct/indirect)</p> <p>↓</p> <p>Kompresi tulang</p> <p>↓</p> <p>Rusaknya/terputusnya kontinuitas jaringan tulang</p> <p>↓</p> <p>Diskontinuitas pada jaringan tulang</p> <p>↓</p> <p>Fraktur</p> <p>↓</p> <p>Tindakan invasive pembedahan</p> <p>↓</p> <p>Pembedahan ORIF/OREF</p> <p>↓</p> <p>Post operasi ORIF/OREF</p> <p>↓</p> <p>Luka insisi pada daerah fraktur</p> <p>↓</p> <p>Pasien terpasang elastis bendit</p> <p>↓</p> <p>Pasien mengatakan tidak bisa bergerak bebas, ADL pasien dibantu</p> <p>↓</p> <p>Mobilitas tinggi dan postur tidak stabil</p> <p>↓</p>	Risiko Jatuh

		<p>Tidak seimbang</p> <p>↓</p> <p>Risiko Jatuh</p>	
--	--	---	--

DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Gangguan integritas kulit b.d faktor mekanis (luka post op) dibuktikan dengan:

DS:

- a. Klien mengatakan ada luka pada ekstremitas bawah sebelah kiri

DO:

- a. Pasca operasi: OREF Open fraktur 1/3 tibia et fibula distal
- b. Klien nampak meringis
- c. Terdapat eksudat di sekitar luka
- d. Luka nampak berwarna merah kehitaman,
- e. Nampak ada ulat kecil dan muncul bulla di sekitar luka dan punggung kaki sebelah kiri
- f. Foto Cruris (s) AP/Lat: (12/3/2021)

Fraktur os tibia et fibula (L) 1/3 tengah

2. Nyeri akut b.d agen pencendera fisik (trauma) dibuktikan dengan:

DS:

- a. Klien mengatakan masih sedikit nyeri pada kaki yang sudah dioperasi

P: Klien mengatakan nyeri karena kakinya patah dan sudah dioperasi

Q: Klien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti dikerumuni semut

R: Klien mengatakan nyeri pada kaki kiri bawah

S : Klien mengatakan skala nyeri 3 (NRS)

T : Klien mengatakan nyeri terasa hilang timbul dengan durasi 1-3 menit

- b. Klien mengatakan nyerinya akan semakin bertambah ketika lukanya selesai dibersihkan.

DO:

a. Terdapat luka post op OREF open fraktur tibia fibula distal sinistra

b. Klien nampak meringis

c. TTV:

TD: 120/80 mmHg

N: 73 x/menit

P: 18 x/menit

S: 36,1 °C

3. Gangguan mobilitas fisik b.d kerusakan integritas struktur tulang dibuktikan dengan:

DS:

a. Klien mengatakan sulit menggerakkan ekstremitas bawah bagian kiri

b. Klien mengatakan hampir seluruh aktivitas dibantu oleh keluarga

c. Klien mengatakan susah bergerak

d. Klien mengatakan sulit bergerak dan hanya bisa beraktivitas di atas tempat tidur,

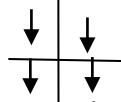
DO:

a. Klien nampak lemah dan tidak sanggup menopang badannya terlalu lama

b. Kekuatan otot : Menurun



c. Tonus otot: Menurun



d. Rentang gerak terbatas

e. Pelaksanaan aktivitas: Parsial

f. Pasca operasi: OREF Open fraktur 1/3 tibia et fibula distal

4. Konstipasi b.d ketidakcukupan asupan nutrisi

DS:

a. Klien mengatakan belum pernah BAB selama dirawat di rumah sakit,

- b. Istri klien mengatakan sejak sakit klien hanya mampu menghabiskan 2-3 sendok bubur yang diberikan setiap jam makan.
- c. Klien mengatakan tidak mampu menghabiskan porsi makanan yang diberikan.
- d. Klien mengatakan tidak mau BAB karena tidak mau merepotkan keluarga yang menjaganya
- e. Klien mengatakan kurang nafsu makan

DO:

- a. TB: 165 cm
 - b. BB: 53 Kg
 - c. Makanan pasien nampak tidak dihabiskan
5. Resiko Infeksi dibuktikan dengan faktor risiko:
- a. Klien terpasang infus
 - b. Pasca operasi: OREF Open fraktur 1/3 tibia et fibula distal
6. Resiko Jatuh dibuktikan dengan faktor risiko:
- a. Klien mengatakan sulit menggerakkan ekstremitas bawah bagian kiri
 - b. Klien mengatakan hampir seluruh aktivitas dibantu oleh keluarga
 - c. Klien mengatakan susah bergerak
 - d. Klien mengatakan sulit bergerak dan hanya bisa beraktivitas di atas tempat tidur,
 - e. Klien nampak lemah dan tidak sanggup menopang badannya terlalu lama
 - f. Kekuatan otot : Menurun

5	5
5	1

- g. Tonus otot: Menurun

↓	↓
↓	↓

- h. Rentang gerak terbatas
- i. Pelaksanaan aktivitas : Parsial
- j. Pasca operasi: OREF Open fraktur 1/3 tibia et fibula distal

INTERVENSI KEPERAWATAN

Inisial Klien : Tn.B

Ruangan : 212

No.RM : 390904

No.	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Rencana Keperawatan	Rasional
1.	<p>Gangguan Integritas Jaringan/Kulit berhubungan dengan faktor mekanis (luka post op) dibuktikan dengan:</p> <p>DS:</p> <p>a. Klien mengatakan ada luka pada ekstremitas bawah sebelah kiri</p> <p>DO:</p> <p>a. Pasca operasi: OREF Open fraktur 1/3 tibia et fibula distal</p> <p>b. Klien nampak meringis</p> <p>c. Terdapat eksudat di sekitar luka</p> <p>d. Luka nampak</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan penyembuhan luka meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p>a. Penyatuan kulit meningkat</p> <p>b. Penyatuan tepi luka meningkat</p> <p>c. Jaringan granulasi meningkat</p> <p>d. Pembentukan jaringan parut meningkat</p> <p>e. Nyeri menurun</p> <p>f. Eritema pada kulit sekitar menurun</p> <p>g. Infeksi menurun</p>	<p>Perawatan Luka (I.14564)</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi</p> <p>a. Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau)</p> <p>b. Monitor tanda-tanda infeksi</p> <p>Terapeutik</p> <p>a. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p>b. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, <i>sesuai kebutuhan</i></p> <p>c. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, <i>jika perlu</i></p> <p>d. Pasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>e. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>Edukasi</p> <p>a. Anjurkan mengkonsumsi makanan</p>	<p>Observasi</p> <p>a. Untuk mengetahui kondisi luka</p> <p>b. Untuk mengetahui luka terinfeksi atau tidak</p> <p>Terapeutik</p> <p>a. Agar pasien merasa nyaman</p> <p>b. Merangsang penyembuhan luka lebih cepat</p> <p>c. Mempercepatkan kesembuhan luka</p> <p>d. Mencegah infeksi</p> <p>e. Untuk mencegah kontaminasi mikroorganisme</p> <p>Edukasi</p> <p>a. Untuk mempercepat kesembuhan</p>

	<p>berwarna merah kehitaman,</p> <p>e. Nampak ada ulat kecil dan muncul bulla di sekitar luka dan punggung kaki sebelah kiri</p> <p>f. Foto Cruris (s) AP/Lat: (12/3/2021) Fraktur os tibia et fibula (L) 1/3 tengah</p>		<p>tinggi kalori dan protein</p> <p>Kolaborasi</p> <p>a. Kolaborasi pemberian antibiotik, <i>jika perlu</i></p>	<p>luka</p> <p>Kolaborasi</p> <p>a. Mencegah infeksi</p>
2.	<p>Nyeri Akut b.d agen pencendera fisik (trauma) dibuktikan dengan:</p> <p>DS:</p> <p>a. Klien mengatakan masih sedikit nyeri pada kaki yang sudah dioperasi</p> <p>P: Klien mengatakan nyeri karena kakinya patah dan sudah dioperasi</p> <p>Q: Klien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti dikerumuni</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <p>a. Keluhan nyeri menurun</p> <p>b. Meringis menurun</p> <p>c. Gelisah menurun</p>	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <p>a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>b. Identifikasi skala nyeri</p> <p>c. Identifikasi respons nyeri non verbal</p> <p>Terapeutik</p> <p>a. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis akupresur, terapi musik, <i>biofeedback</i>, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</p> <p>Edukasi</p> <p>a. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p>	<p>Observasi</p> <p>a. Untuk mengetahui tindakan apa yang selanjutnya akan dilakukan</p> <p>b. Untuk mengetahui tingkat nyeri</p> <p>c. Untuk mengetahui tingkat nyeri</p> <p>Terapeutik</p> <p>a. Untuk mengurangi nyeri</p> <p>Edukasi</p> <p>a. Agar pasien dan keluarga secara</p>

	<p>semut</p> <p>R: Klien mengatakan nyeri pada kaki kiri bawah</p> <p>S: Klien mengatakan skala nyeri 3 (NRS)</p> <p>T: Klien mengatakan nyeri terasa hilang timbul dengan durasi 1-3 menit</p> <p>b. Klien mengatakan nyerinya akan semakin bertambah ketika lukanya selesai dibersihkan.</p> <p>DO:</p> <p>a. Terdapat luka post op OREF open fraktur tibia fibula distal sinistra</p> <p>b. Klien nampak meringis</p> <p>c. TTV:</p> <p>TD: 120/80 mmHg</p> <p>N: 73 x/menit</p> <p>P: 18 x/menit</p> <p>S: 36,1 °C</p>		<p>b. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>a. Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i></p>	<p>mandiri dapat meringankan nyeri yang dirasakan</p> <p>b. Untuk meringankan nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>a. Untuk menghilangkan nyeri</p>
--	--	--	---	--

3.	<p>Gangguan Mobilitas Fisik b.d kerusakan integritas struktur tulang dibuktikan dengan:</p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan sulit menggerakkan ekstremitas bawah bagian kiri Klien mengatakan hampir seluruh aktivitas dibantu oleh keluarga Klien mengatakan susah bergerak Klien mengatakan sulit bergerak dan hanya bisa beraktivitas di atas tempat tidur, <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien nampak lemah dan tidak sanggup menopang badannya terlalu lama Kekuatan otot : Menurun 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Nyeri menurun Gerakan terbatas menurun Kelemahan fisik menurun 	<p>Perawatan Tirah Baring (I.14572)</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Monitor kondisi kulit Monitor komplikasi tirah baring (mis. kehilangan massa otot, sakit punggung, konstipasi, stress, depresi, kebingungan, perubahan irama tidur, infeksi saluran kemih, sulit buang air kecil, pneumonia) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Posisikan senyaman mungkin Pertahankan seprei tetap kering, bersih dan tidak kusut Fasilitasi pemenuhan kebutuhan sehari-hari Ubah posisi setiap 2 jam <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan tujuan dilakukan tirah baring 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Untuk mengetahui kondisi kulit pasien Untuk mengetahui apakah terjadi masalah pada tirah baring <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Memberikan rasa nyaman pada pasien Untuk menjaga agar tidak lembab Untuk memfasilitasi kebutuhan harian pasien Untuk memberikan posisi yang nyaman <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Untuk memberi tahu pasien tentang tujuan dilakukan intervensi
----	---	--	---	---

	<div><div><div>55</div><div>51</div></div><p>c. Tonus otot: Menurun</p><div><div>↓↓</div><div>↓↓</div></div><p>d. Rentang terbatas gerak</p><p>e. Pelaksanaan aktivitas: Parsial</p><p>f. Pasca operasi: OREF Open fraktur 1/3 tibia et fibula distal</p></div>			
4.	<p>Konstipasi b.d ketidakcukupan asupan nutrisi</p> <p>DS:</p> <p>a. Klien mengatakan belum pernah BAB selama dirawat di rumah sakit,</p> <p>b. Isteri klien mengatakan sejak sakit klien hanya mampu menghabiskan 2-3</p>	<p>Eliminasi Fekal (L.04033)</p> <p>Ekspektasi : Membaik</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>a. Frekuensi BAB membaik</p> <p>b. Peristaltik usus membaik</p>	<p>Manajemen Konstipasi (I.04155)</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <p>a. Periksa tanda dan gejala konstipasi</p> <p>b. Identifikasi faktor resiko konstipasi (mis. obat-obatan, tirah baring, dan diet rendah serat)</p> <p>Terapeutik</p> <p>a. Anjurkan diet tinggi serat</p> <p>Edukasi</p> <p>a. Anjurkan peningkatan asupan cairan,</p>	<p>Observasi</p> <p>a. Untuk mengetahui kondisi umum pasien</p> <p>b. Untuk mengetahui hal-hal yang dapat memperberat risiko konstipasi</p> <p>Terapeutik</p> <p>a. Untuk memudahkan pengeluaran feses</p> <p>Edukasi</p> <p>a. Untuk memudahkan pengeluaran</p>

	<p>sendok bubur yang diberikan setiap jam makan.</p> <p>c. Klien mengatakan tidak mampu menghabiskan porsi makanan yang diberikan.</p> <p>d. Klien mengatakan tidak mau BAB karena tidak mau merepotkan keluarga yang menjaganya</p> <p>e. Klien mengatakan kurang nafsu makan</p> <p>DO:</p> <p>a. TB: 165 cm</p> <p>b. BB: 53 Kg</p> <p>c. Makanan pasien nampak tidak dihabiskan</p>		<p><i>jika tidak ada kontraindikasi</i></p> <p>b. Ajarkan cara mengatasi konstipasi/impaksi</p>	<p>feses</p> <p>b. Agar pasien dan keluarga mampu secara mandiri mengatasi konstipasi</p>
5.	<p>Resiko Infeksi dibuktikan dengan faktor risiko:</p> <p>a. Klien terpasang infus</p> <p>b. Pasca operasi: OREF</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan infeksi menurun dengan kriteria hasil:</p> <p>a. Kebersihan tangan</p>	<p>Pencegahan Infeksi (I.14539)</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi</p> <p>a. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>Terapeutik</p>	<p>Observasi</p> <p>a. Untuk mengetahui adanya infeksi</p> <p>Terapeutik</p>

	Open fraktur 1/3 tibia et fibula distal	meningkat b. Kebersihan badan meningkat c. Kemerahan menurun d. Nyeri menurun e. Kadar sel darah putih membaik f. Nafsu makan membaik	a. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Edukasi a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi b. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar	a. Menjaga kebersihan Edukasi a. Menambah informasi terkait penyakit yang diderita b. Menjaga kebersihan
6.	Resiko Jatuh dibuktikan dengan faktor risiko: a. Klien mengatakan sulit menggerakkan ekstremitas bawah bagian kiri b. Klien mengatakan hampir seluruh aktivitas dibantu oleh keluarga c. Klien mengatakan susah bergerak d. Klien mengatakan sulit bergerak dan hanya bisa beraktivitas di atas tempat tidur, e. Klien nampak lemah dan tidak sanggup menopang badannya	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil: a. Jatuh dari tempat tidur menurun	Pencegahan Jatuh (I.14540) Tindakan : Observasi a. Identifikasi faktor risiko jatuh (mis. usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) Terapeutik a. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga b. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci c. Pasang <i>handrail</i> tempat tidur Edukasi a. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah	Observasi a. Untuk mengetahui hal-hal yang menyebabkan pasien jatuh Terapeutik a. Agar pasien dan keluarga mengenal ruangan yang ditempati b. Agar pasien tidak jatuh dari tempat tidur c. Untuk mengurangi risiko jatuh Edukasi a. Untuk mengurangi risiko pasien jatuh

terlalu lama							
f. Kekuatan otot : Menurun	<table><tr><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>5</td><td>1</td></tr></table>	5	5	5	1		
5	5						
5	1						
g. Tonus otot: Menurun	<table><tr><td>↓</td><td>↓</td></tr><tr><td>↓</td><td>↓</td></tr></table>	↓	↓	↓	↓		
↓	↓						
↓	↓						
h. Rentang gerak terbatas							
i. Pelaksanaan aktivitas : Parsial							
j. Pasca operasi: OREF Open fraktur 1/3 tibia et fibula distal							

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Inisial Klien : Tn.B

Ruangan : Baji Kamase/212

No. RM : 390904

Dx Medis : Post Op ORIF Open Fraktur Tibia

NO	NO DX	Hari/Tanggal/Jam	Implementasi	Nama Jelas
1.	1.	Rabu, 17 Maret 2021	<p>Perawatan Luka</p> <p>Observasi:</p> <p>10.32 1. Memonitor karakteristik luka Hasil: Luka tampak berwarna kemerahan. Pada luka tampak ada berwarna kehitaman (jaringan nekrotik). Tampak ada warna kuning seperti lemak. Tampak ada ulat disekitar hecing. Bau luka tidak tercium.</p> <p>10.30 2. Memonitor tanda-tanda infeksi Hasil: Tampak ada cairan yang keluar dari luka pasien sampai membasahi bantal yang menjadi penyangga kaki pasien. Tampak luka berwarna kemerahan dan ada jaringan nekrotik (berwarna kehitaman). Tampak pula ada warna kuning seperti lemak.</p> <p>10.35 Terapeutik: 3. Melepaskan balutan dan plester secara perlahan Hasil: Setelah verband dan kasa serta framycetin terbuka tampak luka masih basah, tembus ke bantalnya. Tampak ada hecing. Tampak ada ulat kecil di sekitar bekas jahitan pasien.</p> <p>10.45 4. Membersihkan luka dengan cairan NaCl Hasil: Mengambil kasa yang telah dibasahi oleh NaCl kemudian membersihkan luka serta jaringan nekrosis. Kemudian, NaCl dialirkan diatas luka sambil membersihkan kembali luka dengan cara di tap-tap</p>	Anita

		<p>10.47</p> <p>10.35</p> <p>15.00</p> <p>17.03</p>	<p>menggunakan kasa steril. Kemudian, luka diberikan betadine. Setelah itu, luka kemudian disemprotkan dengan NaCl. Dibersihkan kembali menggunakan kasa steril menggunakan prontosan. Tampak luka lebih bersih dibanding sebelumnya. Tampak ada hecting. Tampak jaringan nekrosis.</p> <p>5. Memasang balutan sesuai jenis luka Hasil: Setelah luka dibersihkan, luka kemudian dikeringkan menggunakan kasa kering yang steril. Setelah itu, dipasang framycetin pada luka pasien serta diberi kasa. Kemudian, kaki kiri pasien dipasang gips untuk menopang kaki bagian bawah serta telapak kaki kiri pasien. Setelah itu, dibungkus dengan elastis perban.</p> <p>6. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka Hasil: Selama proses perawatan luka, mempertahankan teknik steril dari penggunaan handscoon serta alat dan bahan yang digunakan dalam kondisi steril.</p> <p>Edukasi:</p> <p>7. Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein Hasil: Keluarga pasien mengatakan pasien hanya makan sebanyak 2-3 sendok makan tiap kali makan. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak selera makan.</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>8. Kolaborasi pemberian antibiotik Hasil: Pasien diberikan obat, gentamicin melalui intravena dengan dosis 1 amp, dan metronidazole IV drips dengan dosis 0,5 gr.</p>	
	2.	<p>Rabu, 17 Maret 2021</p> <p>14.23</p>	<p>Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi:</p> <p>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p>	Anita

		<p>14.20 Hasil: Pasien mengatakan nyeri di kaki sebelah kiri dengan frekuensi menetap sejak diganti verband jam 11 tadi. Nyeri seperti tertusuk-tusuk. Pasien mengatakan nyeri setiap habis diganti verband</p> <p>2. Mengidentifikasi skala nyeri Hasil: Pasien mengatakan lebih nyeri daripada kemarin. Pasien mengatakan skala nyerinya yaitu 5</p> <p>14.32 3. Mengidentifikasi respons nyeri non verbal Hasil: Pasien tampak meringis kesakitan</p> <p>10.52 Terapeutik: 4. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Hasil: Pasien mengatakan melakukan teknik relaksasi napas dalam selama proses ganti verband dan perawatan luka</p> <p>10.18 Edukasi: 5. Menjelaskan strategi meredakan nyeri Hasil: Pasien dan keluarga mengatakan mengerti tentang strategi meredakan nyeri</p> <p>10.50 6. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Hasil: Pasien mengatakan mengerti untuk menarik napas dalam saat merasakan nyeri</p> <p>15.00 Kolaborasi: 7. Kolaborasi pemberian analgetik Hasil: Pasien diberikan obat, ketorolac melalui intravena dengan dosis 30 mg</p>	
3.	Rabu, 17 Maret 2021	<p>Perawatan Tirah Baring</p> <p>Observasi</p> <p>14.30 1. Memonitor kondisi kulit Hasil: Kulit nampak bersih, tidak ada dekubitus</p> <p>14.32 2. Memonitor komplikasi tirah baring</p>	Anita

		<p>14.35</p> <p>15.00</p> <p>15.30</p> <p>16.00</p> <p>15.05</p>	<p>Hasil: Konstipasi, klien mengatakan tidak pernah BAB selama di RS</p> <p>Terapeutik</p> <p>3. Memposisikan senyaman mungkin Hasil: Klien nampak nyaman</p> <p>4. Mempertahankan seprei tetap kering, bersih dan tidak kusut Hasil: Seprei nampak kering, bersih dan tidak kusut</p> <p>5. Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan sehari-hari Hasil: Klien nampak nyaman</p> <p>6. Mengubah posisi setiap 2 jam Hasil: Klien mengatakan sering mengganti posisi dari posisi tidur ke duduk</p> <p>Edukasi</p> <p>7. Menjelaskan tujuan dilakukan tirah baring Hasil: Klien dan keluarga mengerti tentang tujuan dilakukan tirah baring</p>	
	4.	Rabu, 17 Maret 2021	<p>Manajemen Konstipasi</p> <p>Observasi:</p> <p>14.45 1. Memeriksa tanda dan gejala konstipasi Hasil: Pasien mengatakan belum BAB. Bising usus 6x/menit</p> <p>15.48 2. Mengidentifikasi faktor resiko konstipasi Hasil: Pasien Tn. B berusia 57 tahun tampak dalam kondisi tirah baring post operatif pemasangan OREF hari ke-4 pada kasus open fraktur 1/3 tibia et fibula distal sinistra</p> <p>16.58 Terapeutik: 3. Menganjurkan diet tinggi serat Hasil: Pasien mengatakan tidak selera memakan makanan rumah sakit. Pasien mengatakan tadi mencoba makan sayur tapi tetap tidak selera makan</p> <p>Edukasi:</p>	Anita

		16.58	4. Mengajukan peningkatan asupan cairan Hasil: Pasien mengatakan mengerti untuk meningkatkan asupan cairan yang masuk	
		19.45	5. Mengajarkan cara mengatasi konstipasi Hasil: Pasien dan keluarga mengerti untuk meningkatkan asupan serat dan cairan untuk mengatasi masalah BAB	
	5.	Rabu, 17 Maret 2021	Pencegahan Infeksi Observasi:	Anita
		10.32	1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Hasil: Tampak ada cairan yang keluar dari luka pasien sampai membasahi bantal yang menjadi penyangga kaki pasien. Tampak luka berwarna kemerahan dan ada jaringan nekrotik (berwarna kehitaman). Tampak pula ada warna kuning seperti lemak.	
		10.15	Terapeutik: 2. Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Hasil: Telah dilakukan proses cuci tangan sebelum kontak dengan pasien serta lingkungan pasien menggunakan sabun dan air mengalir. 3. Mencuci tangan sesudah kontak dengan pasien Hasil: Telah dilakukan proses cuci tangan setelah kontak dengan pasien serta lingkungan pasien menggunakan sabun dan air mengalir.	
		16.15	Edukasi: 4. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi Hasil: Pasien mengatakan tidak merasakan adanya tanda dan gejala dari infeksi. Pasien mengatakan dia tidak mencium bau tidak sedap yang berasal dari lukanya baik saat dibersihkan maupun saat ini 5. Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar Hasil: Pasien dan keluarga mengatakan mengerti cara mencuci tangan 6 langkah	

6.	Rabu, 17 Maret 2021	14.48	Pencegahan Jatuh Observasi: 1. Mengidentifikasi faktor risiko jatuh Hasil: Pasien bernama Tn. B berusia B tahun, pasien dengan post operatif pemasangan OREF hari ke-5 pada kasus open fraktur 1/3 tibia et fibula distal sinistra	Anita
		14.15	Terapeutik: 2. Memastikan roda tempat tidur dalam kondisi terkunci Hasil: Roda tempat tidur tampak dalam kondisi terkunci dan tempat tidur tidak bergerak	
		14.17	3. Memasang <i>handrail</i> pada tempat tidur Hasil: <i>handrail</i> tidak terpasang dikarenakan rusak	
		14.35	Edukasi: 4. Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan Hasil: Pasien dan keluarga mengerti	
2.	1.	Kamis, 18 Maret 2021	Perawatan Luka	Anita
		10.32	Observasi: 1. Memonitor karakteristik luka Hasil: Luka tampak berwarna kemerahan. Pada luka tampak ada berwarna kehitaman (jaringan nekrotik). Tampak ada warna kuning seperti lemak. Tampak ada ulat disekitar hecing. Bau luka tidak tercium.	
		10.30	2. Memonitor tanda-tanda infeksi Hasil: Tampak ada cairan yang keluar dari luka pasien sampai membasahi bantal yang menjadi penyangga kaki pasien. Tampak luka berwarna kemerahan dan ada jaringan nekrotik (berwarna kehitaman). Tampak pula ada warna kuning seperti lemak.	
		10.35	Terapeutik: 3. Melepaskan balutan dan plester secara perlahan	

		10.45	<p>Hasil: Setelah verband dan kasa serta framycetin terbuka tampak luka masih basah, tembus ke bantalnya. Tampak ada hecting. Tampak ada ulat kecil di sekitar bekas jahitan pasien.</p> <p>4. Membersihkan luka dengan cairan NaCl</p> <p>Hasil: Mengambil kasa yang telah dibasahi oleh NaCl kemudian membersihkan luka serta jaringan nekrosis. Kemudian, NaCl dialirkan diatas luka sambil membersihkan kembali luka dengan cara di tap-tap menggunakan kasa steril. Kemudian, luka diberikan betadine. Setelah itu, luka kemudian disemprotkan dengan NaCl. Dibersihkan kembali menggunakan kasa steril menggunakan prontosan. Tampak luka lebih bersih dibanding sebelumnya. Tampak ada hecting. Tampak jaringan nekrosis.</p>	
		10.47	<p>5. Memasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>Hasil: Setelah luka dibersihkan, luka kemudian dikeringkan menggunakan kasa kering yang steril. Setelah itu, dipasangkan framycetin pada luka pasien serta diberi kasa. Kemudian, kaki kiri pasien dipasangkan gips untuk menopang kaki bagian bawah serta telapak kaki kiri pasien. Setelah itu, dibungkus dengan elastis perban.</p>	
		10.35	<p>6. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>Hasil: Selama proses perawatan luka, mempertahankan teknik steril dari penggunaan handscoon serta alat dan bahan yang digunakan dalam kondisi steril.</p>	
		15.00	<p>Edukasi:</p> <p>7. Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</p> <p>Hasil: Keluarga pasien mengatakan pasien hanya makan sebanyak 2-3 sendok makan tiap kali makan. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak selera makan.</p> <p>Kolaborasi:</p>	

		17.03	8. Kolaborasi pemberian antibiotik Hasil: Pasien diberikan obat, gentamicin melalui intravena dengan dosis 1 amp, dan metronidazole IV drips dengan dosis 0,5 gr.	
	2.	Kamis, 18 Maret 2021 14.23	Manajemen Nyeri Observasi: 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil: Pasien mengatakan nyeri di kaki sebelah kiri dengan frekuensi menetap sejak diganti verband jam 11 tadi. Nyeri seperti tertusuk-tusuk. Pasien mengatakan nyeri setiap habis diganti verband	Anita
		14.20	2. Mengidentifikasi skala nyeri Hasil: Pasien mengatakan lebih nyeri daripada kemarin. Pasien mengatakan skala nyerinya yaitu 5	
		14.32	3. Mengidentifikasi respons nyeri non verbal Hasil: Pasien tampak meringis kesakitan	
		10.52	Terapeutik: 4. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Hasil: Pasien mengatakan melakukan teknik relaksasi napas dalam selama proses ganti verband dan perawatan luka	
		10.18	Edukasi: 5. Menjelaskan strategi meredakan nyeri Hasil: Pasien dan keluarga mengatakan mengerti tentang strategi meredakan nyeri	
		10.50	6. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Hasil: Pasien mengatakan mengerti untuk menarik napas dalam saat merasakan nyeri	
		15.00	Kolaborasi: 7. Kolaborasi pemberian analgetik	

			Hasil: Pasien diberikan obat, ketorolac melalui intravena dengan dosis 30 mg	
	3.	Kamis, 18 Maret 2021 15.00 15.10 15.15 16.00 16.10 17.00 15.20	Perawatan Tirah Baring Observasi 1. Memonitor kondisi kulit Hasil: Kulit nampak bersih, tidak ada dekubitus 2. Memonitor komplikasi tirah baring Hasil: Konstipasi, klien mengatakan tidak pernah BAB selama di RS Terapeutik 3. Memposisikan senyaman mungkin Hasil: Klien nampak nyaman 4. Mempertahankan seprei tetap kering, bersih dan tidak kusut Hasil: Seprei nampak kering, bersih dan tidak kusut 5. Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan sehari-hari Hasil: Klien nampak nyaman 6. Mengubah posisi setiap 2 jam Hasil: Klien mengatakan sering mengganti posisi dari posisi tidur ke duduk Edukasi 7. Menjelaskan tujuan dilakukan tirah baring Hasil: Klien dan keluarga mengerti tentang tujuan dilakukan tirah baring	Anita
	4.	Kamis, 18 Maret 2021 14.45 15.48	Manajemen Konstipasi Observasi: 1. Memeriksa tanda dan gejala konstipasi Hasil: Pasien mengatakan belum BAB. Bising usus 6x/menit 2. Mengidentifikasi faktor resiko konstipasi Hasil: Pasien Tn. B berusia 57 tahun tampak dalam kondisi tirah baring post operatif pemasangan OREF hari ke-4 pada kasus open fraktur 1/3	Anita

		<p>16.58</p> <p>16.58</p> <p>19.45</p>	<p>tibia et fibula distal sinistra</p> <p>Terapeutik:</p> <p>3. Menganjurkan diet tinggi serat Hasil: Pasien mengatakan tidak selera memakan makanan rumah sakit. Pasien mengatakan tadi mencoba makan sayur tapi tetap tidak selera makan</p> <p>Edukasi:</p> <p>4. Menganjurkan peningkatan asupan cairan Hasil: Pasien mengatakan mengerti untuk meningkatkan asupan cairan yang masuk</p> <p>5. Mengajarkan cara mengatasi konstipasi Hasil: Pasien dan keluarga mengerti untuk meningkatkan asupan serat dan cairan untuk mengatasi masalah BAB</p>	
	5.	<p>Kamis, 18 Maret 2021</p> <p>10.32</p> <p>10.15</p> <p>16.15</p>	<p>Pencegahan Infeksi</p> <p>Observasi:</p> <p>1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Hasil: Tampak ada cairan yang keluar dari luka pasien sampai membasahi bantal yang menjadi penyangga kaki pasien. Tampak luka berwarna kemerahan dan ada jaringan nekrotik (berwarna kehitaman). Tampak pula ada warna kuning seperti lemak.</p> <p>Terapeutik:</p> <p>2. Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Hasil: Telah dilakukan proses cuci tangan sebelum kontak dengan pasien serta lingkungan pasien menggunakan sabun dan air mengalir.</p> <p>3. Mencuci tangan sesudah kontak dengan pasien Hasil: Telah dilakukan proses cuci tangan setelah kontak dengan pasien serta lingkungan pasien menggunakan sabun dan air mengalir.</p> <p>Edukasi:</p>	Anita

			<p>4. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi Hasil: Pasien mengatakan tidak merasakan adanya tanda dan gejala dari infeksi. Pasien mengatakan dia tidak mencium bau tidak sedap yang berasal dari lukanya baik saat dibersihkan maupun saat ini</p> <p>5. Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar Hasil: Pasien dan keluarga mengatakan mengerti cara mencuci tangan 6 langkah</p>	
	6.	<p>Kamis, 18 Maret 2021 14.48</p> <p>14.15</p> <p>14.35</p>	<p>Pencegahan Jatuh</p> <p>Observasi:</p> <p>1. Mengidentifikasi faktor risiko jatuh Hasil: Pasien bernama Tn. B berusia B tahun, pasien dengan post operatif pemasangan OREF hari ke-5 pada kasus open fraktur 1/3 tibia et fibula distal sinistra</p> <p>Terapeutik:</p> <p>2. Memastikan roda tempat tidur dalam kondisi terkunci Hasil: Roda tempat tidur tampak dalam kondisi terkunci dan tempat tidur tidak bergerak</p> <p>Edukasi:</p> <p>3. Mengajarkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan Hasil: Pasien dan keluarga mengerti</p>	Anita
3.	1.	<p>Jum'at, 19 Maret 2021 10.32</p> <p>10.30</p>	<p>Perawatan Luka</p> <p>Observasi:</p> <p>1. Memonitor karakteristik luka Hasil: Luka tampak berwarna kemerahan. Pada luka tampak ada berwarna kehitaman (jaringan nekrotik). Tampak ada warna kuning seperti lemak. Tidak ada ulat disekitar hecting. Bau luka tidak tercium.</p> <p>2. Memonitor tanda-tanda infeksi Hasil: Tampak ada cairan yang keluar dari luka pasien sampai membasahi</p>	Anita

			<p>bantal yang menjadi penyangga kaki pasien. Tampak luka berwarna kemerahan dan ada jaringan nekrotik (berwarna kehitaman). Tampak pula ada warna kuning seperti lemak.</p> <p>Terapeutik:</p>	
		10.35	<p>3. Melepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p>Hasil: Setelah verband dan kasa serta framycetin terbuka tampak luka masih basah, tembus ke bantalnya. Tampak ada hecing. Tidak ada ulat kecil di sekitar bekas jahitan pasien.</p>	
		10.45	<p>4. Membersihkan luka dengan cairan NaCl</p> <p>Hasil: Mengambil kasa yang telah dibasahi oleh NaCl kemudian membersihkan luka serta jaringan nekrosis. Kemudian, NaCl dialirkan diatas luka sambil membersihkan kembali luka dengan cara di tap-tap menggunakan kasa steril. Kemudian, luka diberikan betadine. Setelah itu, luka kemudian disemprotkan dengan NaCl. Dibersihkan kembali menggunakan kasa steril menggunakan prontosan. Tampak luka lebih bersih dibanding sebelumnya. Tampak ada hecing. Tampak jaringan nekrosis.</p>	
		10.47	<p>5. Memasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>Hasil: Setelah luka dibersihkan, luka kemudian dikeringkan menggunakan kasa kering yang steril. Setelah itu, dipasangkan framycetin pada luka pasien serta diberi kasa. Kemudian, kaki kiri pasien dipasangkan gips untuk menopang kaki bagian bawah serta telapak kaki kiri pasien. Setelah itu, dibungkus dengan elastis perban.</p>	
		10.35	<p>6. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>Hasil: Selama proses perawatan luka, mempertahankan teknik steril dari penggunaan handscoon serta alat dan bahan yang digunakan dalam kondisi steril.</p> <p>Edukasi:</p>	

		15.00	7. Mengajukan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein Hasil: Keluarga pasien mengatakan pasien hanya makan sebanyak 2-3 sendok makan tiap kali makan. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak selera makan.	
		17.03	Kolaborasi: 8. Kolaborasi pemberian antibiotik Hasil: Pasien diberikan obat, gentamicin melalui intravena dengan dosis 1 amp, dan metronidazole IV drips dengan dosis 0,5 gr.	
	2.	Jum'at, 19 Maret 2021 14.23	Manajemen Nyeri Observasi: 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil: Pasien mengatakan nyeri di kaki sebelah kiri dengan frekuensi menetap sejak diganti verband jam 11 tadi. Nyeri seperti tertusuk-tusuk. Pasien mengatakan nyeri setiap habis diganti verband	
		14.20	2. Mengidentifikasi skala nyeri Hasil: Pasien mengatakan lebih nyeri daripada kemarin. Pasien mengatakan skala nyerinya yaitu 5	
		14.32	3. Mengidentifikasi respons nyeri non verbal Hasil: Pasien tampak meringis kesakitan	
		10.52	Terapeutik: 4. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Hasil: Pasien mengatakan melakukan teknik relaksasi napas dalam selama proses ganti verband dan perawatan luka	
		10.18	Edukasi: 5. Menjelaskan strategi meredakan nyeri Hasil: Pasien dan keluarga mengatakan mengerti tentang strategi meredakan nyeri	

		10.50	6. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Hasil: Pasien mengatakan mengerti untuk menarik napas dalam saat merasakan nyeri	
		15.00	Kolaborasi: 7. Kolaborasi pemberian analgetik Hasil: Pasien diberikan obat, ketorolac melalui intravena dengan dosis 30 mg	
	3.	Jum'at, 19 Maret 2021	Perawatan Tirah Baring	
		15.10	Observasi 1. Memonitor kondisi kulit Hasil: Kulit nampak bersih, tidak ada dekubitus	
		15.20	2. Memonitor komplikasi tirah baring Hasil: Konstipasi, klien mengatakan tidak pernah BAB selama di RS	
		15.30	Terapeutik 3. Memposisikan senyaman mungkin Hasil: Klien nampak nyaman	
		16.00	4. Mempertahankan seprei tetap kering, bersih dan tidak kusut Hasil: Seprei nampak kering, bersih dan tidak kusut	
		16.30	5. Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan sehari-hari Hasil: Klien nampak nyaman	
		15.45	6. Mengubah posisi setiap 2 jam Hasil: Klien mengatakan sering mengganti posisi dari posisi tidur ke duduk	
		15.23	Edukasi 7. Menjelaskan tujuan dilakukan tirah baring Hasil: Klien dan keluarga mengerti tentang tujuan dilakukan tirah baring	
	4.	Jum'at, 19 Maret 2021	Manajemen Konstipasi Observasi:	

		14.45	1. Memeriksa tanda dan gejala konstipasi Hasil: Pasien mengatakan belum BAB. Bising usus 6x/menit	
		15.48	2. Mengidentifikasi faktor resiko konstipasi Hasil: Pasien Tn. B berusia 57 tahun tampak dalam kondisi tirah baring post operatif pemasangan OREF hari ke-4 pada kasus open fraktur 1/3 tibia et fibula distal sinistra	
		16.58	Terapeutik: 3. Menganjurkan diet tinggi serat Hasil: Pasien mengatakan tidak selera memakan makanan rumah sakit. Pasien mengatakan tadi mencoba makan sayur tapi tetap tidak selera makan	
		16.58	Edukasi: 4. Menganjurkan peningkatan asupan cairan Hasil: Pasien mengatakan mengerti untuk meningkatkan asupan cairan yang masuk	
		19.45	5. Mengajarkan cara mengatasi konstipasi Hasil: Pasien dan keluarga mengerti untuk meningkatkan asupan serat dan cairan untuk mengatasi masalah BAB	
	5.	Jum'at, 19 Maret 2021	Pencegahan Infeksi	
		10.32	Observasi: 1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Hasil: Tampak ada cairan yang keluar dari luka pasien sampai membasahi bantal yang menjadi penyangga kaki pasien. Tampak luka berwarna kemerahan dan ada jaringan nekrotik (berwarna kehitaman). Tampak pula ada warna kuning seperti lemak.	
		10.15	Terapeutik: 2. Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Hasil: Telah dilakukan proses cuci tangan sebelum kontak dengan pasien	

		16.15	<p>serta lingkungan pasien menggunakan sabun dan air mengalir.</p> <p>3. Mencuci tangan sesudah kontak dengan pasien Hasil: Telah dilakukan proses cuci tangan setelah kontak dengan pasien serta lingkungan pasien menggunakan sabun dan air mengalir.</p> <p>Edukasi:</p> <p>4. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi Hasil: Pasien mengatakan tidak merasakan adanya tanda dan gejala dari infeksi. Pasien mengatakan dia tidak mencium bau tidak sedap yang berasal dari lukanya baik saat dibersihkan maupun saat ini</p> <p>5. Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar Hasil: Pasien dan keluarga mengatakan mengerti cara mencuci tangan 6 langkah</p>	
	6.	<p>Jum'at, 19 Maret 2021</p> <p>14.48</p> <p>14.15</p> <p>14.35</p>	<p>Pencegahan Jatuh</p> <p>Observasi:</p> <p>1. Mengidentifikasi faktor risiko jatuh Hasil: Pasien bernama Tn. B berusia B tahun, pasien dengan post operatif pemasangan OREF hari ke-5 pada kasus open fraktur 1/3 tibia et fibula distal sinistra</p> <p>Terapeutik:</p> <p>2. Memastikan roda tempat tidur dalam kondisi terkunci Hasil: Roda tempat tidur tampak dalam kondisi terkunci dan tempat tidur tidak bergerak</p> <p>Edukasi:</p> <p>3. Mengajarkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan Hasil: Pasien dan keluarga mengerti</p>	

EVALUASI KEPERAWATAN

Inisial Klien : Tn.B

Ruangan : Baji Kamase/212

No. RM : 390904

Dx Medis : Post Op ORIF Open Fraktur Tibia

NO	NO DX	Hari/Tanggal/Jam	Evaluasi	Nama Jelas
1.	1.	Rabu, 17 Maret 2021 19.00	<p>S: Klien mengatakan lukanya telah dibersihkan O: Terpasang verban elastis pada luka post op ORIF, pada verban elastis nampak basah A: Gangguan integritas kulit belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p> <p>Perawatan Luka <i>Observasi:</i> 1. Monitor karakteristik luka 2. Monitor tanda-tanda infeksi <i>Terapeutik:</i> 3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 4. Bersihkan dengan cairan NaCl 5. Pasang balutan sesuai jenis luka 6. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka <i>Edukasi:</i> 7. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 8. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein <i>Kolaborasi:</i> 9. Kolaborasi pemberian antibiotik</p>	Anita
	2.	Rabu, 17 Maret 2021	S : Klien mengatakan nyeri pada luka post op ORIF mulai berkurang,	Anita

		19.05	<p>klien mengatakan nyerinya masih bisa ditoleransi</p> <p>O : Klien tampak tenang</p> <p>A : Nyeri belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Berikan teknik nonfarmakologis <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Menjelaskan strategi mengatasi nyeri 6. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Kolaborasi pemberian analgetik 	
	3.	Rabu, 17 Maret 2021 19.10	<p>S : Klien mengatakan dokter melarang untuk menggerakkan kaki sebelah kiri</p> <p>O : Klien tampak berbaring</p> <p>A : Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <p>Perawatan Tirah Baring</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kondisi kulit 2. Monitor komplikasi tirah baring <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Posisikan senyaman mungkin 4. Pertahankan seprei tetap kering, bersih dan tidak kusut 	Anita

			5. Fasilitasi pemenuhan kebutuhan sehari-hari 6. Ubah posisi setiap 2 jam <i>Edukasi:</i> 7. Jelaskan tujuan dilakukan tirah baring	
4.	Rabu, 17 Maret 2021 19.30	S : Klien mengatakan belum BAB O : Porsi makanan tidak dihabiskan A : Konstipasi belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi Manjemen Konstipasi <i>Observasi:</i> 1. Monitor tanda dan gejala konstipasi 2. Identifikasi faktor risiko konstipasi <i>Terapeutik:</i> 3. Anjurkan mengkonsumsi makanan diet tinggi serat <i>Edukasi:</i> 4. Anjurkan peningkatan asupan cairan 5. Ajarkan cara mengatasi konstipasi	Anita	
5.	Rabu, 17 Maret 2021 19.00	S: - O: nampak terpasang infus, terdapat luka post op ORIF pada ekstremitas kiri A: Risiko infeksi belum terjadi P: Lanjutkan intervensi Pencegahan Infeksi <i>Observasi:</i> 1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <i>Terapeutik:</i> 2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	Anita	

			<i>Edukasi:</i> 3. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 4. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar	
	6.	Rabu, 17 Maret 2021 19.20	S : - O : Nampak roda kasur dalam kondisi terkunci A : Risiko jatuh belum terjadi P : Pertahankan intervensi Pencegahan Jatuh <i>Observasi:</i> 1. Identifikasi risiko jatuh <i>Terapeutik:</i> 2. Pastikan roda tempat tidur dalam keadaan kondisi terkunci 3. Pasang <i>handrail</i> pada tempat tidur <i>Edukasi:</i> 4. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah	Anita
2.	1.	Kamis, 18 Maret 2021 18.30	S: Klien mengatakan lukanya telah dibersihkan O: Terpasang verban elastis pada luka post op OREF, pada verban elastis nampak basah A: Gangguan integritas kulit belum teratasi P: Lanjutkan intervensi Perawatan Luka <i>Observasi:</i> 1. Monitor karakteristik luka 2. Monitor tanda-tanda infeksi <i>Terapeutik:</i> 3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan	Anita

			4. Bersihkan dengan cairan NaCl 5. Pasang balutan sesuai jenis luka 6. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka <i>Edukasi:</i> 7. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 8. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein <i>Kolaborasi:</i> 9. Kolaborasi pemberian antibiotik	
	2.	Kamis, 18 Maret 2021 18.45	S : Klien mengatakan nyeri pada luka post op ORIF mulai berkurang, klien mengatakan nyerinya masih bisa ditoleransi O : Klien tampak tenang A : Nyeri belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi Manajemen Nyeri Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal Terapeutik 4. Berikan teknik nonfarmakologis Edukasi 5. Menjelaskan strategi mengatasi nyeri 6. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi 7. Kolaborasi pemberian analgetik	Anita
	3.	Kamis, 18 Maret 2021 18.50	S : Klien mengatakan dokter melarang untuk menggerakkan kaki sebelah kiri O : Klien tampak berbaring	Anita

			<p>A : Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <p>Perawatan Tirah Baring</p> <p><i>Observasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kondisi kulit 2. Monitor komplikasi tirah baring <p><i>Terapeutik:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Posisikan senyaman mungkin 4. Pertahankan seprei tetap kering, bersih dan tidak kusut 5. Fasilitasi pemenuhan kebutuhan sehari-hari 6. Ubah posisi setiap 2 jam <p><i>Edukasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Jelaskan tujuan dilakukan tirah baring 	
	4.	Kamis, 18 Maret 2021 19.00	<p>S : Klien mengatakan belum BAB</p> <p>O : Porsi makanan tidak dihabiskan</p> <p>A : Konstipasi belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <p>Manjemen Konstipasi</p> <p><i>Observasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala konstipasi 2. Identifikasi faktor risiko konstipasi <p><i>Edukasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Anjurkan mengkonsumsi makanan diet tinggi serat <p><i>Edukasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Anjurkan peningkatan asupan cairan 5. Ajarkan cara mengatasi konstipasi 	Anita
	5.	Kamis, 18 Maret 2021	<p>S: -</p> <p>O: nampak terpasang infus, terdapat luka post op ORIF pada ekstremitas</p>	Anita

		18.30	<p>kiri</p> <p>A: Risiko infeksi belum terjadi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>Pencegahan Infeksi</p> <p><i>Observasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p><i>Terapeutik:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien <p><i>Edukasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 4. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 5. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 	
	6.	Kamis, 18 Maret 2021 18.30	<p>S : -</p> <p>O : Nampak roda kasur dalam kondisi terkunci</p> <p>A : Risiko jatuh belum terjadi</p> <p>P : Pertahankan intervensi</p> <p>Pencegahan Jatuh</p> <p><i>Observasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi risiko jatuh <p><i>Terapeutik:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Pastikan roda tempat tidur dalam keadaan kondisi terkunci <p><i>Edukasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 	Anita
3.	1.	Jum'at, 19 Maret 2021 20.05	<p>S: Klien mengatakan lukanya telah dibersihkan</p> <p>O: Terpasang verban elastis pada luka post op OREF, pada verban elastis nampak basah</p>	Anita

			<p>A: Gangguan integritas jaringan belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>Perawatan Luka</p> <p><i>Observasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka 2. Monitor tanda-tanda infeksi <p><i>Terapeutik:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 4. Bersihkan dengan cairan NaCl 5. Pasang balutan sesuai jenis luka 6. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka <p><i>Edukasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 8. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein <p><i>Kolaborasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Kolaborasi pemberian antibiotik 	
	2.	Jum'at, 19 Maret 2021 20.30	<p>S : Klien mengatakan nyeri pada luka post op OREF mulai berkurang, klien mengatakan nyerinya masih bisa ditoleransi</p> <p>O : Klien tampak tenang</p> <p>A : Nyeri belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Berikan teknik nonfarmakologis 	Anita

			Edukasi 5. Menjelaskan strategi mengatasi nyeri 6. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi 7. Kolaborasi pemberian analgetik	
3.	Jum'at, 19 Maret 2021 20.35	S : Klien mengatakan dokter melarang untuk menggerakkan kaki sebelah kiri O : Klien tampak berbaring A : Gangguan mobilitas fisik belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi Perawatan Tirah Baring <i>Observasi:</i> 1. Monitor kondisi kulit 2. Monitor komplikasi tirah baring <i>Terapeutik:</i> 3. Posisikan senyaman mungkin 4. Pertahankan seprei tetap kering, bersih dan tidak kusut 5. Fasilitasi pemenuhan kebutuhan sehari-hari 6. Ubah posisi setiap 2 jam <i>Edukasi:</i> 7. Jelaskan tujuan dilakukan tirah baring	Anita	
4.	Jum'at, 19 Maret 2021 20.50	S : Klien mengatakan belum BAB O : Porsi makanan tidak dihabiskan A : Konstipasi belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi Manajemen Konstipasi <i>Observasi:</i> 1. Monitor tanda dan gejala konstipasi	Anita	

			<p>2. Identifikasi faktor risiko konstipasi</p> <p>Terapeutik:</p> <p>3. Anjurkan mengkonsumsi makanan diet tinggi serat</p> <p>Edukasi:</p> <p>4. Anjurkan peningkatan asupan cairan</p> <p>5. Ajarkan cara mengatasi konstipasi</p>	
	5.	Jum'at, 19 Maret 2021 20.15	<p>S: -</p> <p>O: nampak terpasang infus, terdapat luka post op ORIF pada ekstremitas kiri</p> <p>A: Risiko infeksi belum terjadi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>Pencegahan Infeksi</p> <p><i>Observasi:</i></p> <p>1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p><i>Terapeutik:</i></p> <p>2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p><i>Edukasi:</i></p> <p>3. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>4. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</p>	Anita
	6.	Jum'at, 19 Maret 2021 20.20	<p>S : -</p> <p>O : Nampak roda kasur dalam kondisi terkunci</p> <p>A : Risiko jatuh belum terjadi</p> <p>P : Pertahankan intervensi</p> <p>Pencegahan Jatuh</p> <p><i>Observasi:</i></p> <p>1. Identifikasi risiko jatuh</p> <p><i>Terapeutik:</i></p>	Anita

			<p>2. Pastikan roda tempat tidur dalam keadaan kondisi terkunci</p> <p><i>Edukasi:</i></p> <p>3. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</p>	
--	--	--	--	--



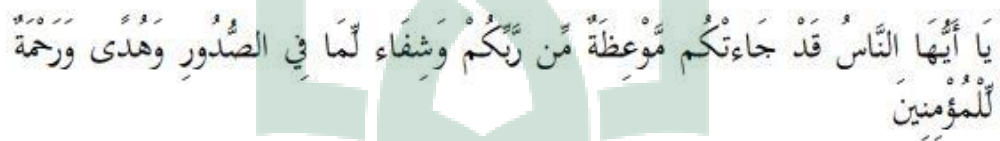
BAB IV

PEMBAHASAN

A. Kajian Integrasi Keislaman

Al-Qur'an merupakan penyembuh dan rahmat bagi orang yang hatinya dipenuhi keimanan, yang senantiasa membuka hatinya sehingga nilai-nilai Al-Qur'an bersinar di sana. Nilai-nilai Al-Qur'an itu akan melahirkan ketenangan, kenyamanan dan rasa aman dalam hati. Ia merasakan kenikmatan yang tidak pernah dan tidak akan bisa dirasakan oleh orang-orang yang lalai dari mengingat Allah (Muflih, 2013).

Di dalam Al-Qur'an sendiri terdapat banyak ayat yang menegaskan bahwa Al-Qur'an merupakan obat penyembuh, diantaranya firman Allah swt. dalam QS Yunus/10:57


يَا أَيُّهَا النَّاسُ قَدْ جَاءَكُمْ مَوْعِظَةٌ مِنْ رَبِّكُمْ وَشِفَاءٌ لِمَا فِي الصُّدُورِ وَهُدًى وَرَحْمَةٌ
لِّلْمُؤْمِنِينَ

Terjemahnya:

Hai manusia, telah datang kepadamu kitab berisi pelajaran dari Tuhanmu dan sebagai obat penyembuh jiwa, sebagai petunjuk dan rahmat bagi orang-orang yang beriman

Ibn Katsir mengatakan, “QS Yunus: 57 tersebut mengandung pengertian bahwa Al-Qur'an memiliki kekuatan untuk menghilangkan berbagai macam penyakit hati berupa kemunafikan, keraguan, kemusyrikan, sikap berlebih-lebihan, melampaui batas, dan cenderung kepada keburukan. Al-Qur'an dapat menyembuhkan semua penyakit itu (Ibnu Katsir dalam Muflih, 2013).

Syekh Abdurrahman al-Sa'di mengatakan bahwa rahmat dan kekuatan Al-Qur'an untuk menyembuhkan tidak berlaku untuk semua orang, tetapi hanya untuk orang beriman yang meyakini ayat-ayat Allah dan mengamalkannya. Sementara, bagi orang yang zalim dan sesat, orang yang

tidak meyakini dan mengamalkan ayat-ayat Allah, Al-Qur'an hanya akan melipatgandakan kerugian dan penderitaan mereka di dunia sekaligus membinasakan mereka di akhirat karena Al-Qur'an akan menjadi hujjah yang memberatkan mereka (Abdurrahman al-Sa'dy dalam Muflih, 2013).

Penyembuhan yang dimaksudkan dalam ayat tersebut bermakna umum meliputi penyembuhan hati dari keraguan, kebodohan, dan berbagai pandangan yang merusak, pemikiran yang menyesatkan, dan cita-cita yang hina. Al-Qur'an akan menyampaikan orang yang mencintainya menuju tingkatan yakin (ilmu yakin) yang akan menghilangkan segala keraguan dan kebodohan. Al-Qur'an juga mengandung nasihat dan pengingat yang akan menyingkirkan segala keinginan dan hawa nafsu yang bertentangan dengan kehendak Allah. Selain itu, Al-Qur'an juga memiliki kekuatan untuk menyembuhkan segala penyakit jasmani yang menggerogoti tubuh manusia (Muflih, 2013).

Rasulullah pun memberikan contoh beberapa pengobatan, salah satunya pengobatan menggunakan air dan air liur yang ditempelkan pada tangan kanannya guna menyembuhkan luka. Di riwayatkan oleh Bukhari-Muslim: Bahwasanya Nabi Muhammad saw. apabila ada manusia tergores kemudian luka, maka beliau membaca doa kemudian air liurnya ditempelkan pada tangan kanannya, lalu diusapkan pada luka orang itu. Inilah doanya.

اللهم رب الناس اذهب البأس اشف أنت الشافي لا شافي إلا أنت شفاء لا يغادر
سقما

Artinya:

Ya Allah, Rabb bagi semua manusia, hilangkanlah rasa sakit, berilah kesembuhan, Engkau zat yang menyembuhkan tiada yang bisa menyembuhkan kecuali Engkau, kesembuhan yang tiada menimbulkan sakit sedikitpun.

Salah satu cara untuk menjaga kesehatan secara alami dan Islami sekaligus adalah memperbanyak minum air, baik untuk diminum, atau untuk membersihkan diri dan lingkungan, maupun untuk bersuci. Bahkan tidak sampai itu saja, Al-Qur'an telah memilihkan suatu cairan yang paling berkualitas, yaitu air yang berfungsi untuk membersihkan segala sesuatu. Dimana, air diyakini dapat menyembuhkan berbagai macam penyakit, salah satunya yaitu kerusakan kulit (Muflih, 2013).

Seperti halnya pengobatan yang dianjurkan dalam Islam tidak dengan menggunakan pengobatan azimat. Hal ini sesuai dengan sabda Nabi yang

مَنْ عَلَّقَ تَمِيمَةً فَقَدْ أَشْرَكَ (رواه احمد)

Artinya:

“barangsiapa yang menggantungkan azimat maka dia telah berbuat syirik.”

(HR. Ahmad)

Nabi dalam hal tersebut tidak menganjurkan mengobati penyakit dengan bacaan-bacaan maupun ajimat perdukunan. Jadi perlunya mengobati penyakit dengan cara alamiah, baik bentuknya akar-akaran, daun-daunan, atau juga dengan ramuan atau pil yang diperkuat oleh kedokteran, mungkin pula dengan tusuk jarum, operasi pembedahan, atau penyinaran (Irianas, 2019).

Dan pada pengobatan dengan menggunakan do'a, maka harus jelas hadisnya dari Nabi sendiri, seperti dalam hadis Bukhari yang menyebutkan adanya doa Nabi: ISYFI WA ANTASY SYAFI = “Ya Allah sembuhkanlah, dan engkauulah pemberi kesembuhan....” dan seterusnya (HR. Bukhari). Penyakit berat agar dikonsultasikan pada dokter atau dokter ahli atau dokter lainnya, misalnya dokter jiwa atau dokter orthopedi (Irianas, 2019).

B. Analisis Kasus

Pasien Tn. B berusia 57 tahun masuk RSUD Labuang Baji pada tanggal 10 Maret 2021 pukul 20.15 WITA melalui IGD rumah sakit. Pasien merupakan rujukan dari RSUD H. Padjonga Dg Ngalle, Takalar dengan diagnosa medis Open Fraktur Tibia Fibula. Pasien dilakukan operasi pada tanggal 12 Maret 2021 dengan nama tindakan operasi Eksternal fiksasi tibia sinistra+debridement. Dari hasil pengkajian pada tanggal 16 Maret 2021 didapatkan penyebab pasien mengalami fraktur disebabkan pasien mengalami kecelakaan tunggal pada tanggal 10 Maret 2021 di jalan raya saat akan pulang ke rumah dari sawah. Hal ini sesuai dengan yang dikemukakan oleh Depkes RI, bahwa kasus fraktur terbanyak disebabkan oleh kecelakaan lalu lintas. Dari sekian banyak kasus fraktur di Indonesia, fraktur pada ekstremitas bawah akibat kecelakaan lalu lintas memiliki prevalensi yang paling tinggi diantara fraktur lainnya yaitu sekitar 46,2% (Depkes RI, 2011).

Pengkajian yang dilakukan pada tanggal 16 Maret 2021. Pada saat pengkajian pasien mengeluh nyeri post op pada kaki sebelah kiri, kesulitan bergerak dikarenakan kakinya telah dioperasi pemasangan OREF sehingga pasien hanya mampu beraktivitas di atas tempat tidur. Pasien tampak lemah, tampak luka post op OREF pada kaki sebelah kiri yang terbungkus elastis perban yang nampak basah. Dimana pada saat perawatan luka pertama setelah dilakukannya operasi didapatkan luka nampak basah, luka nampak berwarna merah kehitaman, nampak ada ulat kecil dan muncul bula di sekitar luka dan punggung kaki sebelah kiri. Hasil data diatas menunjukkan bahwa fraktur adalah salah satu penyakit yang mengancam kesehatan. Penderita fraktur perlu penanganan tenaga kesehatan karena berbagai masalah keperawatan dapat muncul seperti, nyeri akut, gangguan integritas jaringan, gangguan

mobilitas fisik, risiko infeksi, defisit perawatan diri, dan lain-lain (SDKI, 2016). Salah satu masalah keperawatan yang perlu penanganan khusus yaitu terjadinya kerusakan integritas jaringan akibat adanya luka post op OREF. Munculnya luka post op tersebut dapat menimbulkan gangguan fisik maupun psikis terhadap pasien (Kustianingsih, 2016). Pemasangan OREF akan memerlukan waktu lama dengan masa penyembuhan 6-8 bulan. Setelah dilakukan pembedahan dengan pemasangan OREF sering didapatkan komplikasi baik yang bersifat segera maupun komplikasi tahap lanjut (Khoirunisa, 2019). Sehingga, penting untuk dilakukan perawatan secara non farmakologi dan farmakologi seperti menganjurkan pasien untuk mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan tinggi protein, serta perawatan luka untuk mencegah adanya infeksi (SIKI, 2018).

C. Analisis Intervensi

Intervensi yang dilakukan pada klien dengan gangguan integritas kulit yaitu perawatan luka, yaitu dengan menggunakan OTEK (Observasi, Terapeutik, Edukasi, dan Kolaborasi). Adapun intervensi yang dilakukan pada tahap observasi adalah memonitor karakteristik luka dan memonitor tanda-tanda infeksi. Pada tahap terapeutik dilakukan melepaskan balutan dan plester secara perlahan, membersihkan luka dengan NaCl, memasang balutan sesuai jenis luka, mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka. Pada tahap edukasi dilakukan menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan tinggi protein, sedangkan pada tahap kolaborasi diberikan pemberian antibiotik (SIKI, 2018). Implementasi yang dilakukan pada tahap observasi yaitu memonitor karakteristik luka dengan melihat drainase, warna, ukuran serta bau luka sedangkan memonitor tanda-tanda infeksi dengan

melihat apakah ada bengkak, kemerahan, eksudat/pus, letak nyeri, intensitas nyeri, dan bau (Morison, 2003).

Implementasi yang dilakukan pada tahap terapeutik yaitu melepaskan balutan dan plester secara perlahan. Melepaskan balutan harus dilakukan dengan hati-hati agar jaringan luka tidak menimbulkan rasa sakit pada granulasi luka. Implementasi berikutnya adalah membersihkan luka dengan NaCl. Menurut Hendri (2019), cara yang terbaik untuk membersihkan luka adalah dengan menggunakan saline dan untuk luka yang sangat kotor dapat digunakan water-pressure. Cairan NaCl 0,9% juga merupakan cairan fisiologis yang efektif untuk perawatan luka karena sesuai dengan kandungan garam tubuh. Menurut Menurut Supriyanto & Jamaluddin (2016), penggunaan NaCl 0,9% dalam perawatan luka dapat membantu pembentukan granulasi jaringan baru sehingga mempercepat proses penyembuhan luka, karena NaCl 0,9% mudah diserap oleh jaringan. Implementasi yang dilakukan berikutnya adalah memasang balutan sesuai jenis luka. Balutan luka yang ideal dapat mempercepat kesembuhan luka. Balutan luka yang ideal harus dapat memberikan lingkungan yang optimal bagi penyembuhan luka dan melindungi luka dari trauma. Balutan luka dipilih untuk mempertahankan kelembaban luka dan menjaga dasar luka tetap bersih (Ariningrum, 2018). Implementasi mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka dilakukan agar luka tidak terkontaminasi oleh mikroorganisme. Perawatan luka dan ganti balutan steril dilakukan agar luka tidak terjadi infeksi dan penyembuhan luka menjadi optimal (Arviyani & Rusminah, 2019).

Implementasi pada tahap edukasi yaitu menganjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan tinggi protein dengan mengonsumsi putih telur.

Putih telur sangat kaya protein, bebas lemak dan kolesterol. Putih telur juga mengandung asam amino yang sangat bermanfaat dalam pemulihan otot. Protein dan albumin sangat berfungsi sebagai zat pembangun sel-sel yang telah rusak sehingga penyembuhan luka akan berlangsung lebih cepat (Purnani, 2019).

Adapun implementasi selanjutnya yaitu tahap kolaborasi adalah pemberian antibiotik sebagai terapi farmakologi. Pemberian antibiotik berupa gentamicin dan metronidazole. Pemberian antibiotik bertujuan untuk menekan angka kejadian infeksi dan mempercepat proses penyembuhan luka operasi (Anggraeni, dkk. 2019).

D. Alternatif Pemecahan Masalah

Intervensi keperawatan yang diberikan pada diagnosis gangguan integritas kulit dalam kasus ini adalah perawatan luka dengan NaCl 0,9% dan kasa dengan antibiotik *framycetin sulfate*. Berdasarkan hasil penelitian Supriyanto & Jamaluddin (2016), menunjukkan bahwa hasil perawatan luka post op dengan menggunakan NaCl 0,9% dan diberi kasa dengan antibiotik *framycetin sulfate* sebagai primare dressing didapatkan kondisi luka bersih, tidak ada tanda-tanda infeksi. Perawatan luka dengan pemberian NaCl 0,9% berfungsi untuk membersihkan luka, melembabkan luka dalam membantu pembentukan granulasi jaringan baru. Selain NaCl 0,9%, perawatan luka dengan pemberian kasa dengan antibiotik *framycetin sulfate* juga membantu mempercepat proses penyembuhan luka. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Awaluddin, dkk (2019) didapatkan tidak tampak perubahan yang signifikan berdasarkan ukuran dan jaringan nekrotik setelah menggunakan kasa dengan antibiotik *framycetin sulfate*. Hal ini terjadi karena kasa dengan antibiotik *framycetin sulfate* berfungsi sebagai antibakteria,

sehingga hanya tampak perubahan pada luka dengan eksudat yang tinggi atau purulen. Kasa dengan antibiotik *framycetin sulfate* memberikan perlindungan mekanik pada luka karena sifatnya yang tidak lengket pada jaringan luka sehingga tidak menimbulkan stres luka. Hal ini sesuai dengan pendapat Soder dan Soleh (2009) yang menyatakan bahwa kasa dengan antibiotik *framycetin sulfate* digunakan sebagai penutup luka terbuka karena sifatnya yang tidak mudah melekat sehingga tidak menimbulkan kerusakan pada granulasi luka. Morison (2014) menyebutkan bahwa pada sebuah luka terbuka, trauma mekanis sangat mudah merusak jaringan granulasi yang penuh dengan pembuluh darah yang mudah pecah dan jaringan epitelium yang baru saja terbentuk sehingga menyebabkan proses penyembuhan luka kembali ke fase penyembuhan tertentu yaitu fase respon inflamasi akut. Kasa dengan antibiotik *framycetin sulfate* sangat mudah diangkat dari luka karena sifatnya yang tidak lengket pada jaringan luka. Dengan memberikan perlindungan mekanik pada jaringan luka tersebut, maka jaringan granulasi dan jaringan epitel dapat tumbuh secara optimal sehingga mempercepat proses penyembuhan luka.

Pada kasus ini, terdapat luka post op OREF dengan keadaan luka basah, berwarna merah kehitaman, nampak ulat kecil dan muncul bula disekitar luka dan punggung kaki sebelah kiri. Pada pasien dengan post op OREF, perawatan luka sangat penting untuk dilakukan agar luka tidak infeksi dan cepat sembuh.



Gambar 4.1: Keadaan luka post op hari ke-3
(Tanggal 16 Maret 2021)

Pada post op hari ke-4 tanggal 17 Maret 2021, dilakukan intervensi perawatan luka kedua didapatkan hasil tampak ada cairan yang keluar dari luka pasien sampai membasahi bantal yang menjadi penyangga kaki pasien. Setelah verban, kasa dan framycetin terbuka nampak luka masih basah, tampak ada hecing, ada ulat di sekitar luka pasien, tampak luka berwarna kemerahan dan ada jaringan nekrotik (berwarna kehitaman) serta terdapat pula jaringan berwarna kuning. Setelah dilakukan perawatan luka, luka klien nampak bersih serta jaringan nekrotik diangkat.



Gambar 4.2: Perawatan luka post op hari ke-4 (tanggal 17 Maret 2021)

Pada post op hari ke-5 tanggal 18 Maret 2021, dilakukan intervensi perawatan luka ketiga didapatkan hasil tampak ada cairan yang keluar dari luka pasien sampai membasahi bantal yang menjadi penyangga kaki pasien. Setelah verban, kasa dan framycetin terbuka nampak luka masih basah, tampak ada hecing, ada ulat di sekitar luka pasien, tampak luka berwarna kemerahan dan ada jaringan nekrotik (berwarna kehitaman) serta terdapat pula jaringan berwarna kuning. Setelah dilakukan perawatan luka, nampak luka klien lebih bersih dibanding sebelumnya.



Gambar 4.3: Perawatan luka post op hari ke-5
(tanggal 18 Maret 2021)

Pada post op hari ke-6 tanggal 19 Maret 2021, dilakukan intervensi perawatan luka keempat didapatkan hasil tampak cairan yang keluar dari luka pasien mulai berkurang. Setelah verban, kasa dan framycetin terbuka nampak luka mulai mengering, tampak ada hecting, tampak luka berwarna kemerahan dan ada jaringan nekrotik (berwarna kehitaman) serta terdapat pula jaringan berwarna kuning, dan nampak lubang pada luka post op yang memperlihatkan tulang klien berwarna kehitaman. Setelah dilakukan perawatan luka, nampak luka klien lebih bersih dibanding sebelumnya.



Gambar 4.4: Perawatan luka post op hari ke-6
(tanggal 19 Maret 2021)

Pada post op hari ke-7 tanggal 20 Maret 2021, dilakukan intervensi perawatan luka kelima didapatkan hasil tampak cairan yang keluar dari luka pasien mulai berkurang. Setelah verban, kasa dan framycetin terbuka nampak luka mulai mengering, tampak ada hecting, tampak luka berwarna kemerahan dan ada jaringan nekrotik (berwarna kehitaman) serta terdapat pula jaringan berwarna kuning, dan nampak lubang pada luka post op yang memperlihatkan tulang klien berwarna kehitaman. Setelah dilakukan perawatan luka, nampak luka klien lebih bersih dibanding sebelumnya.



Gambar 4.5: Perawatan luka post op hari ke-7
(tanggal 20 Maret 2021)

Evaluasi hasil implementasi yang dilakukan pada Tn. B selama 4 hari melakukan perawatan luka dengan NaCl 0,9% dan kasa dengan antibiotik *framycetin sulfate* ditemukan masalah gangguan integritas kulit tidak teratasi. Melihat kondisi tersebut, dimana luka pasien bertambah buruk dan terdapat tanda-tanda infeksi. Pada kasus Tn. B didapatkan tanda-tanda infeksi seperti dengan luka nampak mulai mengering, luka berwarna merah kehitaman, terdapat jaringan berwarna kuning pada luka, terdapat lubang pada luka post

op yang memperlihatkan tulang klien nampak berwarna hitam, leukosit yang meningkat (WBC: $12.91 \times 10^3/\mu\text{L}$), serta albumin yang menurun (2.80 gr/dl). Hal ini bisa terjadi dikarenakan perawatan luka yang kurang baik dan pemenuhan nutrisi klien yang kurang. Selain perawatan luka untuk mempercepat penyembuhan luka, pemenuhan nutrisi juga berperan dalam mempercepat proses kesembuhan luka. Dimana, nutrisi yang buruk akan menghambat proses penyembuhan bahkan menyebabkan infeksi luka (Supriyanto & Jamaluddin, 2016). Pada kasus Tn. B ini tidak mempunyai penyakit penyerta seperti diabetes melitus (DM), sehingga tidak ada batasan dalam mengkonsumsi makanan atau kriteria diit, maka disarankan pada Tn. B untuk mengkonsumsi makanan yang tinggi kalori tinggi protein seperti mengkonsumsi telur, sehingga luka pasien cepat sembuh. Namun, Tn. B mengatakan kurang nafsu makan sehingga pemenuhan nutrisi klien kurang. Hal ini bisa menjadi salah satu faktor yang menyebabkan luka post op tidak cepat sembuh. Seperti yang dijelaskan oleh Kartika (2015), bahwa nutrisi, rehidrasi dan pencucian luka, kadar albumin mempengaruhi proses penyembuhan luka.

Setelah dilakukan perawatan luka dengan NaCl 0,9% dan kasa dengan antibiotik *framycetin sulfate* selama 4 hari, peneliti melakukan evaluasi kondisi luka. Berdasarkan ukuran luka menunjukkan bahwa ukuran luka memiliki ukuran yang tetap atau tidak mengalami perubahan panjang dan/atau lebar. Berdasarkan warna dasar luka menunjukkan luka memiliki dasar luka berwarna merah kehitaman dan berwarna kuning. Menurut Maryani, Gitarya, dan Ekaputra (2011), jaringan yang berwarna kuning merupakan jaringan yang tidak mendapatkan vaskularisasi. Morison (2004) menyebutkan bahwa jaringan nekrotik dan krusta yang berlebihan di tempat

luka dapat memperlambat penyembuhan dan meningkatkan risiko terjadinya infeksi klinis.

Berdasarkan jenis dan jumlah eksudat menunjukkan bahwa pasien memiliki eksudat berupa purulen, tebal, buram disertai bau. Pasien memiliki eksudat mulai berkurang, yaitu jaringan luka terlihat basah, eksudat membasahi verban mulai berkurang. Eksudat purulen, peningkatan drainase dan peningkatan jumlah sel darah merah merupakan beberapa gejala infeksi pada luka (Ismail, 2011). Morison (2004) menyebutkan bahwa eksotoksin dan sel-sel debris yang berada dalam eksudat dapat memperlambat penyembuhan akibat respon inflamasi yang berlangsung terus. Perawatan luka dengan NaCl 0,9% dan kasa dengan antibiotik *framycetin sulfate* masih mengalami infeksi pada luka yang ditandai dengan produksi eksudat purulen, dan terdapat lubang pada luka post op yang memperlihatkan tulang berwarna kehitaman.

Berdasarkan jenis dan jumlah jaringan nekrotik menunjukkan pasien memiliki jaringan berwarna kuning dan jaringan nekrotik. Menurut Maryani, Gitarya, dan Ekaputra (2011), jaringan yang berwarna kuning merupakan jaringan yang tidak mendapatkan vaskularisasi. Morison (2004) menyebutkan bahwa jaringan nekrotik dan krusta yang berlebihan di tempat luka dapat memperlambat penyembuhan dan meningkatkan risiko terjadinya infeksi klinis. Jaringan nekrotik sesudah dilakukan perawatan luka masih jelas terlihat pada luka. Jaringan nekrotik masih lengket pada dasar luka sehingga sulit diangkat. Selain itu, pasien masih mengalami rasa sakit ketika jaringan nekrotik tersebut ditarik atau digunting. Tidak terlihat perubahan yang signifikan pada parameter dan jumlah jaringan nekrotik antara jenis dan jumlah jaringan nekrotik antara sebelum dan sesudah perawatan luka dengan

menggunakan NaCl 0,9% dan kasa dengan antibiotik *framycetin sulfate*. Hal ini disebabkan fungsi kasa dengan antibiotik *framycetin sulfate* sebagai antibiotik, sehingga efek dalam antiinflamasi, stimulasi dan pertumbuhan jaringan kurang begitu tampak.

Berdasarkan granulasi jaringan menunjukkan bahwa luka pasien memiliki jaringan berwarna merah muda, merah kehitaman. Jaringan granulasi adalah pertumbuhan pembuluh darah kecil dan jaringan penyambung untuk mengisi penuh luka yang dalam. Jaringan granulasi yang tidak sehat karena vaskularisasi yang buruk berwarna merah muda pucat atau merah kehitaman. Epitalisasi jaringan adalah proses pengembalian permukaan epidermal dan terlihat kulit berwarna merah muda atau berwarna merah (Fady, 2012). Jaringan granulasi dan jaringan epitel dapat tumbuh optimal pada kondisi lingkungan luka yang lembab. Perbedaan pertumbuhan jaringan epitel pada luka salah satunya disebabkan oleh infeksi pada luka. Hal ini sesuai dengan pendapat yang menyatakan bahwa kontaminasi mikroorganisme memberikan hasil yang tidak diinginkan karena dapat berkompetisi dengan sel baru untuk mendapatkan makanan dan oksigen yang dapat mengganggu kondisi luka (Berman et al, 2008). Akibatnya, proses pertumbuhan jaringan granulasi dan epitel pada luka yang mengalami infeksi akan terganggu dan memperlambat proses penyembuhan luka. Secara umum, tidak ada pengaruh langsung dari kasa dengan antibiotik *framycetin sulfate* dalam menstimulasi dan mempercepat pertumbuhan granulasi maupun epitelisasi jaringan. Namun, kasa dengan antibiotik *framycetin sulfate* dapat memberikan perlindungan mekanik pada luka karena sifatnya yang tidak lengket pada jaringan luka sehingga tidak menimbulkan stres luka. Hal ini sesuai dengan pendapat Soder dan Soleh (2009) yang menyatakan bahwa

kasa dengan antibiotik *framycetin sulfate* digunakan sebagai penutup luka terbuka karena sifatnya yang tidak mudah melekat sehingga tidak menimbulkan kerusakan pada jaringan granulasi luka.



BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Setelah dilakukan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian sampai evaluasi, didapatkan bahwa gangguan integritas kulit/jaringan belum teratasi, nyeri belum teratasi, gangguan mobilitas fisik tidak teratasi, konstipasi belum teratasi, risiko infeksi belum terjadi, resiko jatuh belum terjadi. Dimana semua intervensi perlu dipertahankan agar masalah keperawatan klien dapat teratasi.
2. Asuhan keperawatan pada Tn. B dengan diagnosa post op OREF didapatkan masalah utama yaitu gangguan integritas kulit dengan intervensi perawatan luka dengan NaCl 0,9% dan *sofratulle*. Penerapan intervensi ini menunjukkan hasil bahwa kondisi luka pasien yang awalnya basah, nampak merah, terdapat jaringan nekrotik, jaringan yang berwarna kuning, dan terdapat ulat menjadi luka pasien sudah mulai mengering, dan tidak terdapat ulat pada luka. Namun, luka masih berwarna merah, terdapat jaringan nekrotik dan jaringan berwarna kuning, serta muncul lubang pada luka yang memperlihatkan tulang berwarna kehitaman. Hal ini menunjukkan bahwa gangguan integritas kulit belum teratasi. Hal ini bisa terjadi dikarenakan perawatan luka yang kurang baik dan pemenuhan nutrisi klien yang kurang. Dimana, nutrisi yang buruk akan menghambat proses penyembuhan bahkan menyebabkan infeksi luka. Oleh karena itu, nutrisi, rehidrasi dan pencucian luka, kadar albumin mempengaruhi proses penyembuhan luka.

B. Saran

1. Bagi Profesi Keperawatan

Penelitian ini bisa dijadikan bahan bacaan dalam menerapkan intervensi perawatan luka. Perawatan luka yang baik akan mencegah terjadinya komplikasi pada luka sehingga diperlukan kehati-hatian dalam melakukan perawatan luka.

2. Bagi Rumah Sakit

Penelitian ini bisa dijadikan bahan referensi bagi bidang keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien post op OREF.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil studi kasus ini dapat dijadikan referensi tambahan dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan integritas kulit.



DAFTAR PUSTAKA

Al-Qur'an al-Karim

Adrianto. 2019. *Modul Workshop Biologi ABDIMAS*. CV Jejak

American Academy of Orthopaedic Surgeons. 2019. *Diseases-Conditions Trigger Finger*

Ariningrum. 2018. *Buku Pedoman Keterampilan Klinis: Manajemen Luka*. Surakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta

Arviyani & Rusminah. 2019. *Penerapan Perawatan Luka Pasca Open Reduction Internal Fixation (ORIF) Klavikula Hari ke-2*. Jurnal Keperawatan Karya Bhakti Volume 5, Nomor 1

Awaluddin, dkk. 2019. *Perbedaan Efektifitas Madu dan Sofratulle Terhadap Penyembuhan Luka Diabetik pada Pasien Diabetes Mellitus*. Ensiklopedia of Journal Vol. 2 No. 1 Edisi 2

Berman. 2008. *Buku ajar keperawatan klinis Kozier & Erb*. Jakarta: EGC

Depkes. 2011. *Angka Kejadian Fraktur*. Jakarta: Departemen Kesehatan

Ghassani, 2016. *Pengaruh Pemberian Aromaterapi Lavender dan Teknik Relaksasi Napas Dalam terhadap skala nyeri pada pasien post operasi fraktur ekstremitas*. Repository UMY

Hendri. 2019. *Asuhan keperawatan pada Ny. R dengan perawatan luka ulkus diabetikum DM tipe II menggunakan cairan NaCl 0,9% di Ruang Penyakit Dalam RSUD H. Hanafie Muaro Bungo Tahun 2019*. Karya Ilmiah Akhir

Irianas. 2019. *Penggunaan Ayat-Ayat Al-Qur'an dalam Pengobatan di Kelurahan Sungai Bengkal Kecamatan Tebo Ilir Kabupaten Tebo (Studi Living Qur'an)*. Skripsi

Kartika. 2015. *Perawatan Luka Kronis dengan Modern Dressing*. CDK-230/Vol. 42 No. 7

Kemenkes. 2016. *Profil kesehatan Indonesia*. Jakarta: Kementerian Kesehatan

Kementerian Kesehatan. 2018. *Profil Kesehatan Indonesia 2017*. Jakarta: Kemenkes RI

- Khoirunisa. 2019. *Asuhan keperawatan post op fraktur cruris pada Sdr. L dan Tn. N dengan masalah keperawatan Nyeri akut di Ruang Kenanga RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2019*. Laporan Tugas Akhir
- Kombong. 2018. *Pengaruh Kompres Air Dingin (Es) terhadap Persepsi Nyeri pada Pasien Fraktur di RSUD Labuang Baji Makassar*. Reseach Gate
- Kustianingsih. 2016. *Upaya Perawatan Kerusakan Integritas Kulit pada Pasien Diabetes Melitus di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro*.
- Lestari & Kunidah. 2015. *Efektifitas antara Perawatan Luka dengan Menggunakan NaCl 0,9% dan Betadin Terhadap Proses Penyembuhan Luka Post Operasi*. Jurnal
- Martono. 2017. *Asuhan Keperawatan pada Tn. M dengan Post OREF Fraktur Cruris Sinistra Hari ke 2 di Ruang Dahlia RSUD dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga*. Tugas Akhir
- Maryani, Gitarja, dan Ekaputra. 2011. *Metode perawatan luka: dalam seminar nasional keperawatan*. PSIK Universitas Jember
- Muflih. 2013. *Pengobatan Dalam Islam*. Tesis
- Muttaqin. 2008. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Sistem Muskuloskeletal*. Jakarta: EGC
- Morison. 2003. *Manajemen Luka*. Jakarta: EGC
- Nurarif & Hardhi. 2015. *Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA*. Yogyakarta: Mediaction Publishing
- Noor. 2016. *Buku Ajar Gangguan Muskuloskeletal Edisi 2*. Jakarta: Salemba Medika
- Permana. 2015. *Pengaruh Range Of Motion (ROM) terhadap Intensitas Nyeri pada Pasien Post Op Operasi Fraktur Ektremitas Bawah*. Jurnal: Neliti
- Purnani. 2019. *Perbedaan Efektivitas Pemberian Putih Telur dan Ikan Gabus Terhadap Penyembuhan Luka Perineum Ibu Nifas*. JPH Recode
- Purnomo & Asyita. 2017. *Pengaruh Terapi Latihan pada Post Orif dengan Plate and Screw Neglected Close Fracture Femur*. Jurnal Fisioterapi dan Rehabilitasi.

- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). 2018. *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2018*. Jakarta: Depkes
- Ropyanto, et al. 2013. *Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Status Fungsional Paska Open Reduction Internal Fixation (ORIF) Fraktur Ekstermitas*. Jurnal Keperawatan Medikal Bedah. Volume 1, No.2
- Supriyanto & Jamaluddin. 2016. *Perawatan Luka dengan Sofratulle pada Pasien Post Operasi Vesicolithotomy hari ke VII di Ruang Dahlia Rumah Sakit Umum RA. Kartini Jepara*. JPK Vol.1, No. 1
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2016. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia : Jakarta.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2018. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia : Jakarta.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. 2018. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia : Jakarta
- Wijaya. 2013. *Keperawatan Medikal Bedah 2: Keperawatan Dewasa Teori dan Contoh Askep*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Yulida. 2014. *Penerapan Metoda Perawatan Luka Bakar dengan Menggunakan Prontosan dan NaCl 0,9% terhadap Penyembuhan Luka Bakar Terinfeksi*. Jurnal Neliti



UJI TURNITIN

tugas akhir ANITA

ORIGINALITY REPORT

16%	17%	0%	7%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	repository.poltekkes-kaltim.ac.id Internet Source	4%
2	jurnal.akperkridahusada.ac.id Internet Source	2%
3	repository.poltekkes-tjk.ac.id Internet Source	1%
4	eprints.poltekkesjogja.ac.id Internet Source	1%
5	pt.scribd.com Internet Source	1%
6	repositori.uin-alaudain.ac.id Internet Source	1%
7	documents.mx Internet Source	1%
8	jurnal.ensiklopediaku.org Internet Source	1%
9	doku.pub Internet Source	1%

10	jurnal.stikescirebon.ac.id Internet Source	1%
11	docobook.com Internet Source	1%
12	repo.stikesperintis.ac.id Internet Source	1%

Exclude quotes: ☐ On ☐ Off
Exclude bibliography: ☐ On ☐ Off
Exclude matches: ☐ < 1% ☐ > 1%

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Anita, lahir di Temmireng Kab. Barru pada tanggal 13 Januari 1996. Penulis merupakan anak ke tiga dari tiga bersaudara dari pasangan Nurdin dan Korosiah. Penulis yang akrabnya dipanggil Ita ini mengawali pendidikan sekolah dasar pada tahun 2001 di SD Inpres Temmireng dan selesai pada tahun 2007. Kemudian melanjutkan pendidikan di SMP Negeri 1 Balusu pada tahun 2007 dan selesai pada tahun 2010, kemudian melanjutkan pendidikan di SMA Negeri 1 Soppeng Riaja pada tahun 2010. Setelah itu pada tahun yang sama penulis memasuki bangku kuliah di Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, Jurusan Keperawatan pada tahun 2013-2019. Kemudian melanjutkan profesi ners di tahun 2020. Alhamdulillah berkat pertolongan Allah swt, do'a kedua orang tua dan kerja keras penulis, penulis dapat menyelesaikan studi pada tahun 2021.

